

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
Phlegmon laryngo-pharyngien

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 9 Novembre 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

SKOUTELSKI (Noson-Jacques)

né le 20 Juillet 1907, à Préle (Lettonie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. JACQUES, Professeur. . . .	Président.
		FRÉLICH, Professeur. . . .	Juges.
		ABEL, Agrégé.	
		BODART, Agrégé.	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU
Phlegmon laryngo-pharyngien

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 9 Novembre 1935

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

(Mention Médecine)

PAR

SKOUTELSKI (Noson-Jacques)

né le 20 Juillet 1907, à Préle (Lettonie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. JACQUES, Professeur. . . .	Président.
		FRÉLICH, Professeur. . . .	Juges.
		ABEL, Agrégé.	
		BODART, Agrégé.	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$; WEISS, O $\star$, I $\star$;
BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANCEL, $\star$, I $\star$; GARNIER, $\star$, I $\star$; MACÉ, $\star$, I $\star$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\star$; DUFOUR, $\star$, I $\star$; G. THIRY, $\star$, I $\star$.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O $\star$, I $\star$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\star$, $\star$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\star$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\star$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$, professeur
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$, ag. l.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, ch. du c., ag. l.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A $\star$.	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A $\star$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, A $\star$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\star$.	DROUET, A $\star$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\star$.	SIMONIN, A $\star$.
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. RÉMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$;
M. FAIRISSE, I $\star$; BINET, $\star$, I $\star$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$; LAMY, $\star$, I $\star$.

M. E. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma vénération et de
mon affection.*

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MON ONCLE N.-J. ZIMAN

*A qui je dois ma carrière médicale.
En témoignage affectueux de ma reconnaissance pour tout ce qu'il a fait
pour moi.*

Meis et Amicis

A mon Maître et Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR JACQUES

Professeur de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous le remercions pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse et nous le prions d'agréer l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR FRÆLICH

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu accepter de juger ce travail. Nous le prions de trouver ici l'hommage de notre sincère et très vive gratitude.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABEL

Chargé de Cours de Pathologie interne
Chevalier de la Légion d'honneur

Nous lui exprimons notre profonde gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée. Il a été pour nous un Maître dont nous retiendrons le précieux enseignement. En hommage de notre très vive admiration et de notre sincère reconnaissance.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BODART

*Qui nous a fait le très grand honneur de juger cette thèse.
Témoignage de notre gratitude.*

A M. LE DOCTEUR GRIMAUD

Chef de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie

Dont le concours nous a été très précieux.

*A tous mes Maîtres
de la Faculté et des Hôpitaux*

INTRODUCTION - DÉFINITION

Au cours de ce travail, qui nous a été inspiré par notre Maître, M. le Professeur JACQUES, nous nous proposons d'étudier les suppurations ayant pour siège le laryngo-pharynx, et en particulier celles occupant sa paroi antérieure (elle répond, comme on sait, à la face postérieure du larynx) et se propageant aux gouttières pharyngo-laryngées et vice-versa. Ainsi conçu, notre sujet est bien délimité, mais cette délimitation est nécessaire, car les suppurations du pharynx et du péripharynx comprennent un grand nombre d'affections très différentes les unes des autres, tant par leur siège exact et l'aspect clinique, que par leur origine, le pronostic qu'elles comportent et leur traitement.

En délimitant ainsi notre sujet, nous entendons éliminer : 1° les phlegmons du plancher buccal ou angine de Ludwig; 2° les phlegmons de la loge thyro-hyo-épiglottique; 3° les épiglottites localisées; 4° les phlegmons de la base de la langue; 5° les abcès rétro-pharyngiens; 6° les adéno-phlegmons latéro-pharyngiens ou maladie de Senator et enfin; 8° les phlegmons endolaryngés.

Nous adoptons dans notre travail le plan classique. Après avoir tracé brièvement l'historique de la

question, nous croyons bien faire d'insister un peu plus longuement sur l'anatomie normale du laryngo-pharynx et en particulier sur les rapports réciproques entre sa muqueuse et les plans sous-jacents, condition nécessaire pour la meilleure compréhension de certains phénomènes pathologiques que nous développons au cours de notre travail. Suivent ensuite les chapitres consacrés à l'étiologie et à la pathogénie, ainsi qu'à l'anatomie pathologique où nous exposons surtout les données fournies par l'autopsie. Vient ensuite le chapitre réservé à la symptomatologie, où nous décrivons d'une façon détaillée les signes subjectifs et objectifs de l'affection, de même que les signes généraux. Après une courte étude des formes cliniques et une énumération des complications auxquelles expose la maladie, nous consacrons un chapitre au traitement, où nous insistons particulièrement sur le traitement chirurgical qui est le seul traitement de choix. Nous terminons en rapportant deux observations inédites, que notre Maître, M. le Professeur JACQUES, a bien voulu nous confier, et dix-sept autres, que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale et dont certaines ont été abrégées, en conservant toutefois les détails importants.

DÉFINITION

Sous le nom du phlegmon laryngo-pharyngien nous entendons toutes les inflammations du tissu cellulaire lâche sous-muqueux de la paroi postérieure du larynx et des gouttières pharyngo-laryngées, qui aboutissent à la suppuration.

HISTORIQUE

Le phlegmon du laryngo-pharynx n'est pas une maladie toute nouvelle. C'est une affection connue de longue date; seulement, les anciens auteurs la désignaient sous le terme général et imprécis « d'œdème de la glotte », appellation qui englobait un certain nombre d'affections, très différentes les unes des autres et qui n'étaient individualisées que beaucoup plus tard, après l'invention du laryngoscope.

Ainsi, au début du XIX^e siècle on trouve déjà les premières descriptions de cette affection.

Parmi les six observations que rapporte BAYLE dans son « Mémoire sur l'œdème de la glotte », publié en 1819, il y en a deux concernant le phlegmon du pharyngo-larynx. Dans l'une, il s'agit d'un abcès secondaire dans la partie postérieure du larynx survenu à la suite « d'une fièvre putride et maligne ». A l'autopsie, on trouva dans l'épaisseur de la paroi postérieure du larynx une collection purulente étendue longitudinalement depuis l'extrémité supérieure des aryténoïdes, jusqu'au-dessous du milieu de la partie postérieure du cartilage cricoïde, et transversalement d'un bord postérieure du thyroïde à l'autre. Dans l'autre qui est due à LAENNEC et qui forme la deuxième observation de la thèse de M. GOIX, il s'agit d'un abcès rétro-laryngé primitif.

LARREY (*Clinique chirurgicale*, t. II, p. 134, 1824). rapporte un cas d'abcès derrière le cartilage cricoïde et le commencement de la trachée, survenu à la suite d'une légère blessure à la région laryngienne. Cette observation, nous la retrouvons dans la thèse de doctorat de M. JANICOT (1879).

CRUVEILHIER dans une observation (*Anat. pathol.*, t. I, livre 5, pl. II), devenue classique, rapporte un cas de laryngite phlegmoneuse primitive de la paroi postérieure du larynx que M. GOIX rattache aux abcès retro-laryngés primitifs.

MACKENZIE (*Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée, trad. française* 1882, p. 300), a observé trois abcès idiopathiques des replis aryténoépiglottiques.

En 1832, SESTIER publia son *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, où il traite sous cette dénomination des infiltrations de liquide dans les replis aryténoépiglottiques. Mais jusqu'en 1860, époque à laquelle fut inventé le miroir laryngoscopique, presque toutes les observations qu'on trouve dans la littérature médicale sont incomplètes et manquent de la précision indispensable, car le toucher laryngien était à peu près le seul mode d'investigation employé, d'ailleurs, très involontairement appliqué à cause des crises de suffocation, parfois mortelles, qu'il provoquait.

Ce n'est qu'après l'entrée de l'examen laryngoscopique, d'une façon systématique, dans la pratique courante, que le phlegmon pharyngo-laryngien pu être individualisé et différencié des autres maladies avec lesquelles il restait confondu jusque-là. Aussi, c'est à

SENATOR que revient le mérite d'avoir le premier décrit cette affection sous son vrai nom.

En effet, en 1888 cet auteur décrit sous le nom de « phlegmon infectieux du larynx » une affection due à l'infiltration purulente des parois profondes de la muqueuse du pharynx. Il définit ainsi cette affection ; c'est une maladie aiguë fébrile, caractérisée au début par un mal de gorge avec dysphagie, bientôt accompagnée de phénomènes laryngés, enrouement et dyspnée, puis de troubles cérébraux, maladie qui se termine rapidement par la mort, sans que les organes internes importants présentent des altérations notables. La lésion qu'on trouve toujours à l'autopsie, lésion que fait du reste prévoir les symptômes pendant la vie, est une inflammation suppurative diffuse siégeant dans les tissus profonds de la muqueuse pharyngée, qui de là s'étend au larynx et aux ganglions, et secondairement peut encore intéresser d'autres organes.

En 1890 MERKLIN étudie la question et publie dans la *Société Médicale des Hôpitaux* deux observations excellentes sur le *phlegmon infectieux du pharynx et du larynx*.

En 1891 apparaissent dans les *Archives de chirurgie clinique* de LANGENBECK les premiers résultats des recherches anatomiques d'HAJEK sur la distribution du tissu cellulaire sous-muqueux du laryngo-pharynx.

Vient ensuite en 1893 la thèse de DUDEFOY, où l'auteur fit une étude approfondie sur le *phlegmon infectieux pharyngo-laryngé*. Depuis, peu d'observations ont été publiées sur le phlegmon de la région

laryngopharyngée. Parmi ces rares publications parues dans la littérature médicale de ces dernières années, l'excellent rapport de TRUFFERT-VIÉLA, présenté au congrès d'Oto-Rhino-Laryngologie en 1934, sur les suppurations péri-laryngo-pharyngées, a bien mis en lumière l'importance des conditions anatomiques dans l'évolution de cette grave affection.

Nous avons parcouru ainsi à grands pas l'histoire de la question en réservant pour l'index bibliographique la nomenclature aussi complète que possible de ce qui a paru sur le phlegmon du laryngo-pharynx.

ANATOMIE DU LARYNGO-PHARYNX

Sous ce titre nous allons étudier, d'une part, la configuration intérieure du laryngo-pharynx, et, d'autre part, les zones décollables de la muqueuse au niveau de la paroi antérieure de ce même organe.

CONFIGURATION INTÉRIEURE DU LARYNGO-PHARYNX

Le laryngo-pharynx est l'étage inférieur du pharynx. Exclusivement digestif, il s'oppose à l'étage supérieur-cavum, exclusivement aérien, respiratoire; seul l'étage intermédiaire, l'oropharynx, étant aéro-digestif. C'est un canal semi-cylindrique, long de 5 centimètres environ, large de 3 ou 4 centimètres en haut, et se rétrécissant progressivement pour présenter à son extrémité inférieure (bouche œsophagienne) un diamètre de 14 millimètres environ. Sa limite supérieure est le plan horizontal passant par le bord supérieur de l'os hyoïde, plan qui sépare le fond du sillon glosso-épiglottique et du sillon glossoamygdalien des gouttières pharyngo-laryngées qui constituent l'élément principal du laryngo-pharynx.

Sa limite inférieure est le plan horizontal passant par le bord inférieur du cricoïde, limite anatomique idéale, car le passage entre l'œsophage et le pharynx

n'est pas brutal, il existe une zone intermédiaire, la bouche œsophagienne.

Cette zone intermédiaire est due au fait anatomique suivant : l'œsophage s'insère à la face postérieure du chaton cricoïdien, et la musculature pharyngée vient enserrer cette origine œsophagienne par ses fibres circulaires, constrictrices, alors que par ses fibres longitudinales élévatrices, elles viennent se terminer ou se confondre avec les fibres longitudinales de la musculature œsophagienne, afin d'en assurer l'élévation au devant du bol alimentaire, lors de la déglutition.

Sa paroi antérieure répond à la face postérieure du larynx.

Elle offre en haut l'orifice supérieur du larynx qui est limité : en avant, par l'épiglotte; en arrière, par la saillie des cartilages aryténoïdes et corniculés; latéralement, par les replis aryténo-épiglottiques.

Cet orifice, ovalaire, regarde en arrière et en haut. Son extrémité postérieure se prolonge en bas par une fente ou échancrure interaryténoïdienne qui s'enfonce sur la ligne médiane, entre les cartilages corniculés et aryténoïdiens, jusqu'au muscle ary-aryténoïdien. On reconnaît de part et d'autre de cette fente deux saillies, les tubercules de Santorini et de Morgani, déterminées l'un par le cartilage corniculé, l'autre, par le cartilage de Morgani. Au-dessous de l'orifice supérieur du larynx, la face postérieure de cet organe présente une saillie cylindroïde constituée par la face postérieure des cartilages aryténoïdiens, le chaton cricoïdien, les muscles ary-aryténoïdiens et crico-aryténoïdiens postérieures.

Cette saillie crico-aryténoïdienne détermine dans le laryngo-pharynx deux gouttières latérales : les gouttières pharyngo-laryngées dont l'extrémité supérieure est large, faisant suite à un sillon pré-épiglottique. On y remarque la saillie que font sous la muqueuse les grandes cornes de l'os hyoïde ; saillie qui les sépare des vallécules.

Ces gouttières pharyngo-laryngées se rétrécissent en descendant. A leur partie moyenne, au-dessous du repli pharyngo-épiglottique, elles se creusent en une véritable fossette à laquelle J. et Z. DUCUING réservent le nom de sinus piriforme. En bas, cette fossette s'efface progressivement. Néanmoins sa limite inférieure est pour DUCUING marquée par un repli : le pli pharyngo-cricoïdien.

En dehors, la saillie du bord postérieur de l'aile thyroïdienne sépare le sinus piriforme d'un sillon longitudinal, fossette rétro-marginale de Ducuing et Grimoud.

Notons en passant, que les faces latérales du laryngo-pharynx sont en rapport avec le paquet vasculo-nerveux du cou.

Sa paroi postérieure est lisse, elle est oblique en bas et en avant, refoulée par la convexité antérieure de la colonne cervicale. Elle se projette sur les quatrième, cinquième et sixième vertèbres cervicales.

Quant à la muqueuse qui le tapisse, elle présente un épithélium pavimenteux, n'offrant rien de particulier de ce point de vue. Par contre, ce qu'il est intéressant de spécifier, ce sont ses rapports réciproques avec les plans sous-jacents.

En effet, s'il existe des régions dans lesquelles la muqueuse adhère solidement aux plans profonds, il en est d'autres dans lesquelles la muqueuse est séparée de la fibro-muscleuse pharyngée par un tissu lâche qui se laisse cliver.

L'étude de ces zones décollables est intéressante du point de vue qui nous occupe, car elle va nous montrer la direction des fusées purulentes suivant le point de départ de la suppuration.

LES ZONES DÉCOLLABLES DE LA MUQUEUSE AU NIVEAU DU LARYNGO-PHARYNX

La distribution du tissu cellulaire sous-muqueux du laryngo-pharynx a été étudiée à la fin du XIX^e siècle par HAJEK au moyen des injections anatomiques. Ces recherches anatomiques ont été complétées ultérieurement par BOURGEOIS, YOUNKOVSKY, DUCUNG et tout récemment par VIÈLA.

L'étude qui va suivre n'est qu'un résumé des expériences de VIÈLA. Nous étudierons successivement :

- I. Les zones décollables du massif épiglottique.
- II. Les zones décollables de la face postérieure du massif crico-aryténoïdien.
- III. Les zones décollables des replis aryténo-épiglottiques.
- IV. Les zones décollables des replis pharyngo-épiglottiques.
- V. Les zones décollables des gouttières pharyngo-laryngées.
- VI. Le confluent juxta-épiglottique latéral.

I. — ZONES DÉCOLLABLES DE L'ÉPIGLOTTE

Il existe une différence absolue, au point de vue structurale, entre les deux faces de l'épiglotte. Tandis que la muqueuse rétro-épiglottique adhère intimement au squelette fibro-cartilagineux, celle de la face antérieure en est séparée par un tissu cellulaire lâche très abondant et facilement clivable. Il en résulte que la face antérieure peut être facilement injectée artificiellement ou distendue par des collections suppurées; chose impossible au niveau de la face postérieure. La limite entre ces deux zones est constituée par le bord libre de l'organe. L'anatomie nous a, d'ailleurs, appris un autre fait: contrastant avec la muqueuse rétro-épiglottique, la muqueuse pré-épiglottique est richement pourvue en glandes, elles-mêmes entourées d'une atmosphère cellulo-adipeuse lâche.

Quand on injecte, sur un cadavre frais, 3 ou 4 centimètres cubes d'une solution de gélatine colorée, en piquant au milieu de la face antérieure, on constate que la muqueuse se dissocie aisément du plan fibro-cartilagineux en formant un bourrelet régulier, au milieu duquel on note un étranglement discret dû à la traction exercée par le ligament glosso-épiglottique médian. Du fait de l'épaississement qu'entraîne l'injection, l'épiglotte est refoulée en arrière dans son ensemble. On constate de plus, que, si la masse est injectée sous forte pression, la muqueuse immédiatement contiguë au bord libre est éversée en arrière, formant un bourrelet circonférentiel qui prolabe vers le vestibule laryngé. Cette dernière constatation est très

importante à connaître, car à la laryngoscopie indirecte, « ce chémosis épiglottique semble développer aux dépens de la face postérieure de l'épiglotte, aspect qui n'est qu'une apparence ».

Quand l'injection est poussée sous une pression plus forte encore, le liquide tend à fuser : d'une part, vers la base de la langue, en s'infiltrant au-dessous de la muqueuse des vacuoles, dont il comble partiellement la concavité et ne dépassant pas plus de 1 cm. et demi en avant du bord adhérent de l'épiglotte; d'autre part, latéralement, vers les ligaments pharyngo-épiglottiques.

Reste maintenant à savoir, si le liquide d'injection pré-épiglottique ou, ce qui revient au même, les collections suppurées peuvent traverser l'épaisseur de l'épiglotte et envahir l'endolarynx. D'après VIÈLA il semble pouvoir répondre par la négative. Pour cet auteur le squelette fibro-cartilagineux que forme l'épiglotte est une barrière assez solide et résistante pour s'opposer à tout passage transépiglottique du liquide, quelle que soit sa nature. Il se base, d'une part, sur ses expériences anatomiques personnelles et, d'autre part, sur le fait des épiglottites suppurées, où il est très rare d'observer une mutilation sensible de l'épiglotte. Cependant, ZOBINE et YOUNKOVSKY ont signalé certaines de ces migrations trans-épiglottiques, que l'anatomie et l'expérimentation nous permettent de qualifier d'anormales. Ces auteurs les expliquent par une migration purulente réussissant à traverser l'épiglotte par l'intermédiaire des glandes si nombreuses qui criblent, en quelque sorte, l'épaisseur du fibro-cartilage.

II. — ZONES DÉCOLLABLES DE LA FACE POSTÉRIEURE DU MASSIF CRICO-ARYTÉNOÏDIEN

La face postérieure du massif crico-aryténoïdien est, du point de vue qui nous intéresse, divisée en deux parties symétriques par un raphé médian. Celui-ci, d'après DUCUING, constituerait une cloison très solide qui, de ce fait, imprime aux suppurations rétro-laryngées un caractère unilatéral. En pratiquant une injection para-médiane dans la face postérieure de ce massif, on constate que la muqueuse se soulève facilement en une voussure qui, à aucun moment, ne franchira la ligne médiane. En bas, du côté de la bouche œsophagienne, elle sera limitée par un repli falciforme à concavité supérieure. En dehors, la voussure s'arrête suivant une ligne verticale passant par l'extrémité postérieure du ligament aryténo-épiglottique. Cette ligne marque une zone d'adhérence, d'ailleurs assez lâche et, par conséquent, la limite n'est pas franche entre la zone d'infiltration crico-aryténoïdienne et le versant interne de la gouttière pharyngo-laryngée. En haut, le sommet de l'aryténoïde se laisse envahir. Du côté antérieur, laryngé, la muqueuse est faiblement adhérente; d'après les expériences de BOURGEOIS et EGGER une injection de la face antérieure de l'incisure interaryténoïdienne déterminera une infiltration affectant la forme d'une triple boursouffure. Donc, une injection poussée sous très forte tension ne respecte ni la limite entre les deux versants du sommet aryténoïdien, ni le bord libre de l'incisure interaryténoïdienne.

Constatation très importante au point de vue clinique : il s'ensuit qu'une collection suppurée ayant débuté sur la face postérieure des aryténoïdes peut gagner l'endolarynx.

III. — ZONES DÉCOLLABLES DES REPLIS ARYTÉNO-ÉPIGLOTTIQUES

Il résulte des expériences de VIÈLA qu'une injection poussée sur le versant pharyngé du repli aryténo-épiglottique fuse en arrière vers le massif crico-aryténoïdien, en avant, vers l'épiglotte. Mais à aucun moment, le liquide ne réussit à forcer le bord libre, supérieur, du repli, pour passer dans le vestibule laryngé. Cependant, DUCUING estime qu'un liquide ou une collection sous forte tension pourront gagner l'endolarynx en forçant l'épaisseur du ligament.

IV. — ZONES DÉCOLLABLES DU REPLI PHARYNGO-ÉPIGLOTTIQUE

On sait que ce repli s'étend horizontalement du bord latéral de l'épiglotte à la paroi latérale du pharynx et qu'il est formé par le muscle stylo-pharyngien qui soulève la muqueuse. Il semble que la muqueuse est séparée du muscle par une couche de tissu cellulaire lâche. En effet, l'expérience montre, qu'une injection poussée à la partie moyenne du ligament soulève la muqueuse, en formant un bourrelet à direction frontale. En dedans, le liquide infiltre la face antérieure de l'épiglotte. En dehors, il pousse des prolon-

gements vers la base du pilier postérieur, sans qu'on puisse lui assigner de délimitation très nette avec la région sous-polaire inférieure.

V. — ZONES DÉCOLLABLES DE LA GOUTTIÈRE

PHARYNGO-LARYNGÉE

Le fond de la gouttière pharyngo-laryngée est très adhérent à la lame interne du cartilage thyroïde. Il en résulte que les deux versants de la gouttière, le thyroïdien et le crico-aryténoïdien, sont indépendants l'un de l'autre.

La muqueuse du versant externe est très adhérente au plan sous-jacent, thyroïdien. Il s'ensuit que l'injection de ce versant est très difficile, mais elle n'est pas impossible. Quand elle est réalisée, le liquide fuse plus volontiers dans le sens vertical, que dans le sens antéro-postérieur ; car dans ce dernier sens il est arrêté par l'adhérence verticale très serrée, que marque le fond de la gouttière. L'injection du versant interne est beaucoup plus facile. Si le liquide est poussé sous une certaine pression, il franchit facilement l'adhérence verticale, passant par l'extrémité postérieure du ligament aryténo-épiglottique en décollant et soulevant la muqueuse de la face postérieure du tonneau crico-aryténoïdien. Mais cette propagation n'est pas constante. Deux faits sont à noter : 1° la masse injectée vient baigner le nerf laryngé interne, au moment où il passe en pont sur le fond de la gouttière pharyngo-laryngée, en soulevant la muqueuse par le repli falciforme ; 2° le versant externe de la gouttière latérale

est partiellement solidaire de la loge hyo-thyro-épiglottique dont il constitue la limite latérale, d'ailleurs assez imprécise, fait qui explique la possibilité d'un phlegmon laryngo-pharyngien à point de départ la loge hyo-thyro-épiglottique.

VI. — CONFLUENT JUXTA-ÉPIGLOTTIQUE LATÉRAL

Etant donné l'importance de cette zone au point de vue clinique, nous reproduisons intégralement ci-dessous ces quelques lignes que nous devons à VIÉLA, étudiant cette région, — lignes incluses dans son rapport que nous avons précédemment cité.

« Sur les côtés de l'épiglotte, plus exactement à 1/2 centimètre de son bord latéral, existe une zone sous-muqueuse aisément décollable qui n'est, somme toute, que le prolongement latéral de la zone clivable pré-épiglottique. Cette zone correspond à l'origine médiane du ligament pharyngo-épiglottique, entre la muqueuse et les fibres verticalement descendantes du muscle stylopharyngien. Les injections anatomiques nous ont montré qu'il y a là un carrefour, un confluent, où se croisent différentes zones clivables. Les unes, frontales unissent l'épiglotte à la base du pilier postérieur ; les autres, sagittales, assurent une continuité réelle entre le massif épiglottique et la face postérieure du tonneau crico-aryténoïdien, cela par l'intermédiaire de la zone décollable qui se trouve dans le versant externe du ligament aryténo-épiglottique correspondant.

De cette disposition complexe résultent des conséquences importantes. Par exemple, la possibilité, pour des collectons suppurées pré-épiglottiques, de remonter le long du pilier postérieur ou de fuser en arrière vers le repli aryténo-épiglottique et, par un trajet hémicirconférentiel, de gagner le massif cricoaryténoïdien et le versant interne de la gouttière pharyngolaryngée; celle, aussi, pour une collection suppurée crico-aryténoïdienne, de fuser en avant vers l'épiglotte; celle, enfin pour un phlegmon du pilier postérieur, ou une suppuration juxta-amygdalienne, de gagner l'orifice supérieur du larynx. Dès lors, on conçoit toute l'importance, dans l'histoire des suppurations péri-laryngées, de ce carrefour juxta-épiglottique latéral. C'est lui qui, bien souvent, nous donnera la clef de certaines observations d'apparence clinique complexe. Et c'est lui aussi qui nous permettra d'expliquer pourquoi, bien souvent, les suppurations de la paroi antérieure du laryngo-pharynx n'évoluent pas jusqu'à leur stade terminal en gardant leur forme anatomique pure ».

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

De l'ensemble des observations rapportées à la fin de ce travail, il résulte que le phlegmon du laryngo-pharynx est une affection de l'âge adulte et qui frappe avec la même fréquence les deux sexes.

La cause occasionnelle la plus fréquente paraît être le coup de froid, et en particulier le refroidissement brusque.

Cette affection frappe plus volontiers des sujets qui ont déjà subi une ou plusieurs atteintes du côté du larynx ou du pharynx, comme si la muqueuse, devenue plus sensible et vulnérable, se prêtait mieux dans ces conditions à l'invasion des germes pathogènes : les pharyngites, les amygdalites et les laryngites à répétition sont autant de causes prédisposantes indéniables. Mais quelles que soient les causes occasionnelles et prédisposantes, la cause déterminante reste toujours l'infection. En effet, pour qu'un phlegmon puisse se développer au niveau du laryngo-pharynx, il faut que le tissu cellulaire lâche sous-jacent à la muqueuse soit envahi par les germes pathogènes. Ces derniers peuvent arriver au laryngo-pharynx par trois voies : la voie sanguine, la voie lymphatique et la voie directe, c'est-à-dire, à la faveur d'une solution de continuité.

Nous diviserons, au point de vue étio-pathogénique, les phlegmons laryngo-pharyngiens en quatre catégories : 1° phlegmon relevant d'une infection générale, d'une maladie infectieuse aiguë; 2° phlegmon d'origine traumatique; 3° phlegmon succédant à une altération organique du laryngo-pharynx; 4° phlegmon par propagation, consécutif à une suppuration de voisinage.

1° Les maladies infectieuses générales, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la pneumonie, la fièvre puerpérale, les septicémies en général, peuvent se compliquer d'une suppuration du laryngo-pharynx. Mais ces cas sont rares.

Il en est tout autrement de la grippe qui est, au contraire, très fréquemment invoquée à l'origine de cette affection grave. Dans tout ce groupe d'affections les suppurations pharyngiennes reconnaissent une origine hématogène. Quant aux phlegmons qui succèdent aux angines banales, les germes empruntent les voies lymphatiques;

2° Les suppurations du laryngo-pharynx peuvent résulter d'une effraction de la muqueuse qui le tapisse et l'inoculation consécutive du tissu cellulaire lâche sous-muqueux. Cette effraction de la muqueuse peut être le fait, soit d'un traumatisme, soit d'une déglutition occasionnelle d'un corps étranger. Les corps étrangers jouent, en effet, un rôle non négligeable dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe. Ils peuvent en être l'origine de multiples façons. Tantôt une arête vive et coupante d'un corps étranger métal-

lique (crochet de dentier) ou organique (fragment d'os), sectionne ou effondre la muqueuse; dans d'autres cas il s'agit d'un corps étranger acéré métallique (aiguilles, épingles) ou organiques (arêtes de poisson) qui, en restant fiché dans la paroi, détermine une inoculation. Tantôt le corps étranger volumineux, irrégulier à profondément contusionné la muqueuse. A cette attrition succède une escarification plus ou moins profonde, à la suite de laquelle, l'infection gagnant le tissu cellulaire lâche, un abcès se développe dans la région. Enfin, les traumatismes thérapeutiques peuvent, eux aussi, être le point de départ d'une inoculation septique du pharynx; ainsi, les manœuvres endoscopiques que nécessite l'extraction d'un corps étranger peuvent être à l'origine d'une blessure pariétale; on connaît aussi des cas de blessures pharyngées au cours d'œsophagoscopie difficile ou à la suite de l'introduction du tube de Mayo au cours d'une anesthésie (VIÈLA).

De même la cautérisation du pharynx peut être suivie d'une suppuration du tissu cellulaire sous-muqueux. Enfin, un bol alimentaire solide, insuffisamment mastiqué, de même que les boissons trop chaudes, peuvent également léser la muqueuse pharyngée, déterminant ainsi l'infection. Nous insistons tout particulièrement sur cette origine traumatique alimentaire du phlegmon laryngo-pharyngien. Il ne faut pas oublier, en effet, que le laryngo-pharynx est le lieu de passage du bol alimentaire et, par conséquent, est très exposé aux traumatismes physiologiques. Il suffira d'une effraction minime ou même d'une simple scarifi-

cation de la muqueuse par un aliment solide, insuffisamment mastiqué, pour, qu'à la faveur d'une exaltation occasionnelle de la virulence de la flore microbienne du pharynx par un coup de froid ou par une prédisposition individuelle (atteintes antérieures laryngo-pharyngiennes), les germes pathogènes envahissent la sous-muqueuse. Il nous semble, qu'un bon nombre des cas de phlegmons laryngo-pharyngiens attribués à l'origine angineuse ou à ce qu'on appelle vulgairement la grippe, ne tient en réalité qu'à cette origine de traumatisme physiologique. Même dans les suppurations laryngo-pharyngiennes d'origine hémotogène vrai, les traumatismes physiologiques peuvent intervenir, comme un point d'appel de l'infection;

3° A côté des inoculations traumatiques se placent les inoculations organiques. Nous avons vu plus haut que les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde sont capables, dans certains cas, de se compliquer d'abcès laryngo-pharyngés. Mais il y a aussi des cas, où ces mêmes affections entraînent d'abord des ulcérations pharyngées simples et ce n'est que secondairement que ces dernières aboutissent à la suppuration.

Les manifestations pharyngées de certaines affections chroniques (gomme syphilitique, tuberculose, sporotrichose), peuvent également aboutir à une suppuration de la région, de même qu'une ulcération néoplasique siégeant dans le sinus piriforme;

4° Enfin, le phlegmon laryngo-pharyngien peut résulter de la migration vers cette région d'une suppuration de voisinage. Ainsi, un abcès péri-amygdalien,

un phlegmon du pilier postérieur, une épiglottite suppurée, une collection résultant d'une éruption vicieuse de la dent de sagesse, peuvent se propager vers l'hypopharynx.

Pour être complet mentionnons seulement les péri-chondrites laryngées, primitives ou secondaires, qui sont, elles aussi, capables de se compliquer d'un phlegmon rétro-laryngien. (Observation XVI.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions qu'on observe pendant la vie à l'aide du laryngoscope seront décrites dans le chapitre suivant avec la symptomatologie. Il ne sera question ici que des lésions que nous révèle l'autopsie.

Contrairement à ce qui se passe habituellement, on ne retrouve pas sur le cadavre le gonflement et les grosses déformations que l'on avait pu observer pendant la vie. La muqueuse du laryngo-pharynx est bien moins tendue et les œdèmes se sont en partie résorbés. Pour bien voir, il faudra prélever toute la région intéressée, puis la fendre de façon à se rendre compte de l'étendue exacte de l'infiltration purulente qui affecte des dispositions variables suivant les cas.

Voici ce qu'on peut constater d'après DUDEFOY :

L'épiglotte est très souvent rouge et œdématiée. Dans le reste de la région intéressée, les lésions varient d'un cas à l'autre. Tantôt le tissu est simplement infiltré d'une sérosité purulente blanchâtre, ayant l'apparence de petit lait mal clarifié et qui, à l'incision, s'écoule sans trop de difficulté.

D'autres fois le pus est très épais, faisant corps pour ainsi dire avec le tissu cellulaire et même la muqueuse. Alors les bourrelets sont durs, ils offrent un aspect blanchâtres presque nacré et ayant l'appar-

rence de tubercules non encore ramollis. Parfois encore, les bourrelets, également durs et résistants, offrent une muqueuse lisse, pointillée de taches rouge-brun et parsemée de taches blanchâtres qui simulent des pseudo-membranes ; leur dissection montre d'abord la muqueuse épaisse et plus ou moins gorgée de sang, puis, au-dessous, un plasma jaune verdâtre, disposé par couches stratifiées. En raclant avec le bistouri, on enlève avec difficulté une matière purulente, fibrineuse qui reste adhérente au tissu cellulaire.

Dans d'autres cas on peut rencontrer du pus disséminé sous forme de multiples foyers miliaires, au milieu d'une lymphe gélatiniforme. Si on incise le tissu et si l'on fait tomber sur la coupe un filet d'eau, de manière à entraîner la matière purulente, on aperçoit les nombreuses vacuoles qui la contenaient.

Parfois la matière purulente forme plusieurs couches superposées. Une incision superficielle montre d'abord le tissu cellulaire sous-muqueux infiltré de lymphe épaisse et gélatiniforme ; puis une incision plus profonde découvre une couche de pus épais et crémeux.

Enfin, dans certains cas le pus infiltre les couches plus superficielles, et la muqueuse elle-même est imbibée de pus qui la rend jaunâtre.

La matière purulente peut se réunir parfois en abcès du volume d'un pois ou d'une fève. Mais ces cas sont rares, car la mort ou l'ouverture spontanée ou chirurgicale arrivent avant que le pus disséminé ait eu le temps de se collecter en foyers distincts. En général, ces abcès collectés sont superficiellement pla-

cés du côté de la muqueuse, et on conçoit que dans ces cas, la simple pression, des efforts de vomissements ou le ramollissement et l'ulcération de la muqueuse, puissent suffire pour ouvrir ces collections.

Les ganglions lymphatiques du voisinage sont rouges et augmentés de volume.

Très souvent on trouve le foie, la rate et les reins augmentés de volume, comme dans les maladies infectieuses générales. Il n'est pas rare de trouver à l'autopsie un cœur flasque s'affaissant sur la table d'autopsie et de couleur rose pâle ou jaunâtre, feuille morte, constatation pouvant expliquer dans un certain nombre de cas la mort subite. Quant aux poumons, le plus souvent leurs lésions se bornent à une simple congestion des bases, sauf dans les cas compliqués de pneumonie ou de broncho-pneumonie où on trouve des lésions propres à ces maladies.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous diviserons l'évolution clinique du phlegmon laryngo-pharyngien en trois périodes : le début, la période d'état et la terminaison.

1° DÉBUT

Le mode du début varie d'un cas à l'autre et dépend avant tout de la cause provocatrice.

Tantôt la maladie s'annonce par un simple mal de gorge auquel on ne prête que peu d'attention. Une courbature générale, une céphalée, une langue saburrale avec une légère élévation de la température l'accompagne. On dira une simple grippe. Ce n'est guère qu'au bout de deux ou trois jours qu'apparaît la douleur profonde et basse accompagnée d'une dysphagie qui devient aussitôt atroce, l'état général devient rapidement mauvais et le malade entre ainsi dans la période d'état.

Tantôt au lieu d'un début grippal banal, l'affection éclate en pleine santé apparente, d'une façon brutale. Le malade est pris d'un frisson violent suivi d'une élévation brusque de la température qui atteint d'emblée 40° et d'une accélération rapide du pouls. Le malade accuse en même temps une douleur très vive au fond

de la gorge, accompagnée d'une dysphagie qui en quelques heures atteint son maximum d'acuité et qui ne permet même pas le passage des liquides. L'état général est rapidement modifié. Une dyspnée violente apparaît, entrecoupée de crises de suffocation et c'est à ce moment que le malade entre, le plus souvent, à l'hôpital.

Enfin, la maladie peut débiter par l'épisode suivant :

Au milieu d'un repas, à la suite de la déglutition d'un bol alimentaire trop volumineux et insuffisamment mastiqué, le sujet ressent une violente douleur « bas dans la gorge » et a l'impression que quelque chose s'est arrêté au fond de la gorge. Malgré les efforts de vomissements que le sujet fait pour déloger « le corps étranger », une douleur continue persiste, qui gêne la déglutition et la rend vite très pénible. Aussitôt apparaissent une légère anxiété respiratoire avec des troubles de la voix, suivie d'une élévation de la température, symptômes qui obligent le malade à consulter un médecin.

2° PÉRIODE D'ÉTAT

Dans la période d'état nous retrouvons les mêmes symptômes que dans la période d'invasion, mais portés à leur maximum d'acuité et auxquels vont s'ajouter encore d'autres.

Pour faciliter leur description, nous les rangerons en trois classes : signes fonctionnels, signes objectifs et signes généraux.

A) *Signes fonctionnels*

Les principaux sont : la douleur, la dysphagie, les troubles de la voix et les troubles respiratoires.

La douleur est le premier signe en date. Parfois, peu intense au début, augmente progressivement, mais ordinairement elle apparaît d'emblée avec toute son intensité.

La douleur est continue, et le malade a en plus la sensation d'un corps étranger plus ou moins volumineux, arrêté profondément dans le pharynx, sensation qui le fait porter la main à la partie antérieure du cou, comme pour se débarrasser de ce « corps étranger ». Dans d'autres cas, le malade éprouve une sensation de constriction des plus pénibles.

Ces sensations particulières, de même que l'hyper-salivation réflexe encombrant le laryngo-pharynx, détermine des mouvements de déglutition incessants qui rendent la douleur encore plus pénible.

Cette douleur est exagérée par la pression exercée sur les lames latérales du cartilage thyroïde. Enfin, chose importante à connaître, la douleur irradie vers l'oreille correspondante, et cela au point d'en imposer pour une affection aiguë de l'oreille. (Observ. XV.)

La dysphagie est un autre symptôme capital de la maladie. Elle existe dès le début et ne manque jamais. Nous la retrouvons dans toutes les observations que nous rapportons à la fin de ce travail. La déglutition de sensible devient rapidement plus ou moins douloureuse, voir même extrêmement pénible. Il arrive que le malade ne peut plus avaler même des liquides.

Voici comment d'après VIÈLA se présente le malade atteint d'un phlegmon du laryngo-pharynx. « La gorge dont il a soif étant dans la bouche, la déglutition commencée s'arrête brusquement. Le malade se recueille, il semble se concentrer avant d'exécuter le mouvement qu'il sait être douloureux. Quelquefois, il effectue des tentatives brèves avant d'avaler brusquement le liquide. Il cherche, en inclinant la tête, à modifier le calibre ou l'inclinaison du pharynx de façon à faire glisser le liquide dans une région indolente; il élève les épaules, ramasse la région cervicale, comme si, par ce mouvement, il espérait faire monter la bouche œsophagienne au devant du bol à avaler. Inclinaison de la tête, élévation de l'épaule ont, dans certains cas, une valeur localisatrice. Lorsque les suppurations siègent sur les parois antérieure ou postérieure du laryngo-pharynx, la tête est penchée en avant, et les deux épaules remontent. L'inclinaison postéro-latérale de la tête, avec ascension de l'épaule du même côté, supposé une lésion des gouttières ».

Dans les cas intenses, sous l'influence de la douleur, le pharynx réagit en un véritable antipéristaltisme qui interrompt la déglutition. Une partie du liquide mélangé de salive remonte dans l'oropharynx et, si elle est quelquefois crachée par le malade impatienté, elle est souvent aspirée et détermine des accès de toux quinteuses extrêmement pénibles. Certains observateurs ont vu même des cas où les malades moururent subitement en avalant ou en cherchant à avaler une gorgée de liquide.

Plusieurs causes ont été invoquées pour expliquer

cette dysphagie : la rigidité et la déformation concomittante de l'épiglotte qui ne peut que difficilement jouer son rôle d'opercule ; la tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques qui n'obéissent plus que difficilement à l'action des aryténoïdes ; la constriction du muscle constricteur inférieur du pharynx, qui rapproche les lames du cartilage thyroïde et comprime par conséquent, la région, siège de l'infiltration phlegmoneuse. Mais nous croyons que l'infiltration phlegmoneuse avec son effacement consécutif des gouttières dont le calibre est en quelque sorte réduit, suffit par elle-même à expliquer la dysphagie douloureuse. En effet, le bol alimentaire éprouve une certaine difficulté à traverser le laryngo-pharynx diminué dans son calibre. Il frotte la surface enflammée en déterminant une douleur vive qui à son tour, déclenche un antiperistaltisme pharyngé avec rejet consécutif des aliments. Enfin, il se peut que toutes les causes que nous avons énuméré ajoutent leurs effets pour déterminer la dysphagie.

L'infiltration phlegmoneuse du laryngo-pharynx entraînent aussi des troubles du côté de la phonation.

Du fait de la modification de la caisse de résonance pharyngée et de l'encombrement de celle-ci par une salive visqueuse, du fait de l'infiltration des replis aryténo-épiglottiques, la voix prend un timbre particulier. Elle est le plus souvent affaiblie et voilée, plus tard elle devient rauque et comme étouffée, et peut être même tout à fait éteinte. Mais la voix peut être encore modifiée dans son rythme : elle est parfois entrecoupée, haletante et tremblotante. A la suite de

l'ensemble de ces modifications la voix rappelle le coassement des crapauds, d'où le nom de « voix de crapaud ». Mais il n'y a presque jamais de nasonnement. Il nous semble cependant qu'une certaine partie au moins de ces troubles phonétiques est due aux manifestations réactionnelles endolaryngées qui accompagnent les suppurations laryngo-pharyngées.

Quant aux troubles respiratoires, il existe des cas rares où ils font défaut. (Observation XV.)

Le plus souvent ils constituent un symptôme des plus importants de l'affection. Il sont dûs, soit à l'œdème des replis aryténoépiglottiques, soit à l'immobilisation des aryténoïdes par l'infiltration phlegmoneuse, soit, enfin, à l'œdème endolaryngé concomitant. On a invoqué également une arthrite crico-aryténoïdienne.

Habituellement ils apparaissent vers le deuxième jour sous la forme d'une légère anxiété respiratoire, mais ils ne tardent pas à grandir considérablement pour devenir tout à fait dramatiques. La respiration est courte, plus fréquente, laborieuse et pénible. Il est à remarquer que la difficulté porte surtout sur l'inspiration, tandis que l'expiration reste à peu près libre. Bientôt la respiration s'accompagne d'un bruit spécial connu sous le nom de cornage, ou d'un sifflement plus ou moins aigu. Quelquefois, on entend un bruit de claquement ou de clapet. Enfin, pour être complet, nous mentionnerons le bruit de drapeau décrit par SESTIER et dû au relèvement puis à la chute des replis aryténo-épiglottiques œdématiés qui viennent obturer l'entrée du larynx.

C'est à ce moment que le malade met en jeu tous ses muscles respiratoires accessoires et qu'on voit apparaître à chaque inspiration des dépressions épigastrique et susternale; le tirage est établi.

Mais cette dyspnée intense et continue, déjà dramatique par elle-même, est entrecoupée de temps à autre par des accès de suffocation. Ces accès constituent l'un des éléments les plus immédiatement périlleux de la maladie. On a vraiment la sensation que le malade va périr asphyxié d'un moment à l'autre.

Ils apparaissent tantôt à l'occasion des efforts de déglutition, tantôt sans aucune cause apparente, par le fait même de la continuité de la dyspnée. Mais quelle que soit la cause provocatrice, la cause première semble être de nature spasmodique. Leur durée est variable ainsi que leur fréquence. La mort peut survenir au cours de l'un d'eux. TROUSSEAU a très bien tracé le tableau de ce malade en proie à un de ces accès. « Le patient a vraiment quelque chose d'effrayant; la face livide, la bouche entr'ouverte, les narines béantes, l'œil humide et saillant, la peau ruisselante de sueur, il s'assied sur son lit ou s'en échappe violemment, s'accrochant à tout ce qui peut offrir un point d'appui à ses bras et par suite à ses muscles inspiratoires accessoires, pectoraux, trapèzes, etc... Tantôt la tête basse et la face tournée vers la terre, tantôt, et c'est le plus souvent, la tête renversée en arrière et le cou tendu. Puis bientôt le vertige de l'asphyxie se produit et le malade, autant par fatigue que dans la crainte d'une chute, s'assied ou retombe sur son lit pour se relever bientôt ».

Fait important à noter : les accès de suffocation peuvent se produire même après la trachéotomie. (Observation IV.)

La toux est peu fréquente, et dans le cas où elle existe, elle est sèche et éteinte. En général, il n'existe pas d'expectoration, mais elle peut apparaître quand la collection vient de s'ouvrir spontanément. Dans ce cas on voit le malade expulser des crachats sanguinolents et muco-purulents qui entraînent une amélioration prompte de l'état général.

B) *Signes objectifs*

A l'inspection de l'oro-pharynx, après avoir déprimé la base de la langue, on voit généralement une rougeur diffuse et une légère tuméfaction de la région, mais ces signes n'ont rien de particulier. Au contraire, les signes fournis par l'examen laryngoscopique sont tout autrement importants. C'est le seul examen qui permet d'affirmer l'existence d'un phlegmon et de préciser son siège exact. Mais il faut savoir que l'introduction d'un miroir dans le pharynx peut provoquer un accès de suffocation. Aussi, faudra-t-il procéder avec beaucoup de douceur et de patience. Pour éviter le réflexe nauséeux causé par le contact du dos du miroir, il sera utile de pratiquer dans le fond de la bouche une légère pulvérisation d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième.

Que voit-on alors à la laryngoscopie ?

Tout d'abord on constate que l'orifice supérieur du larynx est modifié par la tuméfaction de ses différentes parties. L'épiglotte, surtout sur sa face antérieure,

est tuméfiée en repoussant l'organe entier en arrière. Mais ceci n'est pas constant. Les ligaments aryténo-épiglottiques, et surtout leurs versants externes, sont gonflés et déformés. L'œdème peut être tel que les deux replis se touchent en oblitérant l'orifice supérieur du larynx, ce qui explique la dyspnée. Mais la tuméfaction n'est pas toujours bilatérale. Elle peut frapper, ce qui est le plus souvent, un seul repli, l'autre restant tout à fait normal. Dans d'autres cas au contraire l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques tuméfiés sont confondus dans une infiltration diffuse donnant l'aspect d'un « museau de tanche ». La gouttière pharyngo-laryngée est effacée. En effet, on voit dans le miroir une voussure inflammatoire occuper la face externe du massif crico-aryténoïdien, somme toute, le versant interne de la gouttière pharyngo-laryngée. Un fait est à remarquer : le phlegmon n'intéresse presque jamais secondairement le versant externe de la gouttière; nous savons combien sont solides les adhérences de sa muqueuse aux plans sous-jacents.

L'intérieur de la cavité laryngienne est habituellement impossible à voir au laryngoscope, à cause de l'œdème du pourtour orificiel, au moins dans la période d'état. Dans les cas, où on réussit à inspecter l'intérieur laryngien, on constate une rougeur des bandes ventriculaires qui sont tuméfiées, de même qu'une certaine immobilité de la corde vocale correspondant au côté malade.

Quant à l'aspect de la muqueuse qui tapisse les différentes parties laryngo-pharyngiennes frappées par

le phlegmon, DUDEFOY en donne la description suivante : « Elle présente des différences de coloration très variables, elle est pâle et blanchâtre chez les uns, chez d'autres on la voit rouge, livide, violacée ou bleuâtre. Dans les cas où elle est soulevée par la collection purulente qui va la perforer pour se faire jour, on voit qu'elle est, pour ainsi dire, dépolie, qu'elle a pris un aspect terne et une coloration jaune-verdâtre. Parfois on peut la voir parsemée de petits points jaunâtres qui sont autant de petites collections de pus isolées ».

Parfois la collection purulente, du moins à son début, est difficile à mettre en évidence par la seule laryngoscopie indirecte ; un œdème diffus accompagne la suppuration, un véritable « chémosis inflammatoire » peut surplomber et dissimuler le foyer purulent. Dans ce cas, une hypo-pharyngoscopie par la spatule de Bruning peut fixer sur le siège précis des lésions.

Quant au toucher digital, bien qu'il puisse fournir certains renseignements sur le degré de la tuméfaction et de la déformation de la région, il vaut mieux ne pas l'employer, à cause des accès de suffocation qu'il peut provoquer.

A l'inspection extérieure du cou on peut noter un empâtement de la région antéro-latérale, mais souvent il fait défaut. L'adénopathie elle-même est inconstante.

C) *Symptômes généraux*

Les symptômes généraux fournis par l'état général du malade sont extrêmement variables et dépendent

avant tout du degré de l'infection et de l'étendue des lésions, de même que de la virulence des germes en cause.

La fièvre est de règle et oscille entre 38° et 40°. Elle est parfois accompagnée de frissons répétés, suivis bientôt de sueurs profuses qui accablent le malade. Rares sont les cas avec de l'hypothermie. (Observation XVIII) qui traduit l'impossibilité de l'organisme de réagir à l'infection. Le pouls est rapide. Bien qu'il existe toujours de dysphagie, l'anorexie est presque constante; la langue est saburrale, l'haleine fétide, la salive abondante, visqueuse et fétide. On note parfois un peu de diarrhée. La soif est intense, la deshydratation est marquée. Dans les formes graves les phénomènes nerveux sont très prononcés. Les malades sont en proie à une agitation extrêmement vive, à une anxiété croissante. Un délire violent n'est pas rare dans ces cas. Il y a de l'insomnie, à laquelle s'ajoutent les tentatives de résister aux sollicitations du sommeil, le malade étant obsédé par la crainte des crises de suffocation. Comme le fait remarquer DUDEFOY, l'expression de la face est des plus caractéristiques: « le visage est généralement couvert de sueurs, les lèvres cyanosées et il se dégage de l'expression générale un sentiment d'inquiétude et d'anxiété extrêmes. Les urines sont rares, foncées et très souvent albumineuses.

3° MARCHÉ. PRONOSTIC. TERMINAISON

Quant à la marche et au pronostic de la maladie, il est difficile de formuler des règles générales. Un

fait qui frappe à la lecture des observations, que nous rapportons à la fin de ce travail, c'est la fréquence de l'issue fatale de la maladie à l'époque de SÉNATOR, et, par contre, la terminaison le plus souvent favorable de l'affection, telle qu'elle se présente dans les observations récentes. Cela tient à ce qu'on se contentait autrefois de traitements médicaux, comme les vomitifs, les purgatifs, les antiphlogistiques et les révulsifs, ou palliatifs, comme la trachéotomie, tous procédés de cure qui se montraient le plus souvent insuffisants. Aujourd'hui, par contre, avec la chimiothérapie moderne et la vaccinothérapie et surtout avec le traitement chirurgical appliqué à temps, on enregistre des progrès très sérieux, puisque la mortalité est considérablement diminuée. Les cas moyens que nous avons choisi comme type pour notre description, ont une évolution assez rapide. Elle se fait en un temps qui varie entre cinq et dix jours. C'est vers le deuxième ou troisième jour que les symptômes sont le plus menaçants. Les signes généraux, ainsi que la dyspnée et la dysphagie, sont à leur maximum d'acuité. C'est à ce moment que l'on voit d'urgence le malade fortement dyspnéique et qu'il faut quelquefois pratiquer sur le champ une trachéotomie. Cette période peut durer de deux à trois jours. Ensuite le phlegmon est ouvert, soit spontanément, soit chirurgicalement et, le pus trouvant une issue, la guérison se fait en quelques jours.

FORMES CLINIQUES

a) *Forme abortive.* — Après un début brusque et violent avec dysphagie et dyspnée intenses, la maladie tourne court au bout de deux ou trois jours et tout rentre dans l'ordre. Soit parce que le phlegmon cède au traitement médical, soit parce que les microbes en cause présentent une virulence atténuée, toujours est-il que l'affection s'arrête au stade d'œdème septique diffus sans atteindre le stade suppuratif. Cette forme abortive, nous la retrouvons dans l'observation X.

b) *La forme bénigne* se caractérise par une symptomatologie plus ou moins atténuée. La dysphagie n'est pas complète, elle laisse passer encore, il est vrai avec certaine peine, les liquides. La dyspnée, à proprement parler, n'existe pas, tout au plus une légère gêne respiratoire. La température ne dépasse guère 38°. Il n'y a pas d'albuminurie. L'état général est peu touché. L'affection évolue à la manière d'une maladie purement locale. A l'examen laryngoscopique on trouve le phlegmon localisé à une partie bien limitée du laryngo-pharynx. Le pus tend rapidement à se collecter et à s'extérioriser. L'œdème qui l'entoure est peu prononcé et, au lieu d'être tendu, rouge foncé, est plus pâle, légèrement tremblotant. Une fois le pus

collecté en un petit abcès, l'ouverture spontanée se produit, ou il est évacué chirurgicalement. La collection étant ouverte, la guérison se fait en quelques jours. Cette évolution bénigne nous la trouvons dans l'observation XV.

c) *Forme grave.* — Cette forme s'annonce brusquement par un mal de gorge violent accompagné d'une forte élévation de la température qui atteint d'emblée 40°. En quelques heures tous les symptômes sont au complet. La dysphagie devient très rapidement complète ne permettant même pas le passage des liquides. La dyspnée est d'emblée menaçante et impose la trachéotomie d'urgence. Elle est entrecoupée de ces terribles crises de suffocation, que nous avons décrites dans le chapitre: Symptomatologie. C'est dans cette forme, plus que dans les autres, qu'on voit survenir subitement la mort par inhibition bulbaire. Le malade est très agité. L'état général est très mauvais. Les urines sont rares, foncées et albumineuses. A l'examen local, on constate un œdème intense de l'épiglotte, avec infiltration énorme des replis aryténo-épiglottiques qui obstruent l'orifice supérieur du larynx. La face postérieure du massif crico-arytinoïdien est soulevé par une voussure énorme. La gouttière pharyngo-laryngée est effacée par l'infiltration inflammatoire, somme toute, le pus a envahi toutes les zones décollables, et le carrefour just-épiglottique a joué dans ce cas probablement un rôle de premier plan. La maladie évolue dans ces cas très rapidement, mais le pronostic n'est pas toujours fatal. Le pus peut se faire jour spontanément, ou être évacué chirurgica-

lement. Dans les deux cas on voit immédiatement les symptômes s'atténuer et la guérison survenir en quelques jours, à condition que l'évacuation ait été faite à temps et que l'infection n'ait pas dépassé le stade local.

d) *Forme septicémique.* — C'est le cas des observations V, VII et XVII.

L'infection peut être d'emblée générale ou le devenir secondairement après avoir évolué un certain temps comme une maladie locale. Qu'elle soit d'emblée septicémique, ou ne le soit que secondairement, cette forme est presque toujours fatale. Au point de vue local, la symptomatologie ne diffère guère de celle que nous avons décrite dans la forme précédente, mais l'état général est ici encore plus grave. Le malade présente tous les signes de septicémie avec un aspect d'une intoxication profonde de l'organisme. C'est dans cette forme qu'on voit survenir des suppurations à distance. Même si l'état local, spontanément ou sous l'influence du traitement montre tendance à la guérison, l'infection générale continue son évolution vers l'issue fatale. La durée de la maladie ne dépasse guère une semaine.

e) *Forme prolongée.* — Elle se caractérise par l'évolution traînante de la maladie qui, au lieu de 5 à 10 jours, comme dans les formes ordinaires, dure trois ou quatre semaines et même plus dans certains cas. Malgré l'ouverture de la collection, le drainage se fait mal, l'orifice de la perforation étant située dans la partie supérieure de la poche et, par conséquent, l'évacuation du pus ne pouvant se faire que par re-

gorgement, circonstance qui entretient la maladie et qui ne permet qu'une régression très lente des symptômes. Cette forme peut guérir sans incidents, surtout quand on prend la précaution d'écouvillonner journellement le trajet fistuleux avec un stylet et de pratiquer en même temps le massage externe, en assurant ainsi un meilleur drainage (obs. XVIII). Mais elle risque, plus que les autres formes, de se compliquer de plegmon du cou ou de médiastinite et de septicémie. Il y aurait, donc intérêt, dans cette forme, à aller chercher le pus par la voie externe.

Mais il ne faut pas perdre de vue que, quelle que soit la forme et même après la trachéotomie, la mort peut survenir subitement à la suite d'une syncope inhibitoire par excitation laryngée, et ceci à un moment où l'on s'y attend le moins. En effet, en 1887, BROWN-SÉQUARD fit à l'Académie des Sciences une importante communication sur les divers effets d'irritation de la région laryngée et, en particulier, sur les phénomènes de perte de sensibilité et de mort subite. D'après ses expériences, le maximum de sensibilité existe là, où se ramifient les filets des nerfs laryngés supérieurs. Selon lui, le larynx est capable, sous l'influence d'une excitation extérieure de produire l'inhibition du cœur, celle de la respiration et aussi celle de toutes les activités cérébrales. Il semble donc, que la mort subite qui survient au cours d'un phlegmon-pharyngien, soit due à une inhibition bulbairé réflexe à point de départ les ramifications des nerfs laryngés supérieurs qui sont irrités par le pus qui les baignent.

COMPLICATIONS

Le phlegmon du laryngo-pharynx, qui est déjà grave par lui-même, expose encore à un certain nombre de complications, dont quelques-unes sont mortelles. Nous nous bornerons dans ce chapitre à les énumérer. Elles sont de deux ordres : les unes locales, les autres générales.

Les complications locales sont :

a) *La propagation du processus inflammatoire* qui peut envahir de proche en proche, d'une part, les diverses couches cellulaires du cou avec la gaine celluleuse des vaisseaux (possibilité de perforation!) et des nerfs, et, d'autre part, le tissu cellulaire péri-trachéale et péri-œsophagien, et gagner par ces différentes voies le médiastin. L'observation XIV rapporte une complication de cette nature.

b) *La propagation du processus phlegmoneux* vers l'endolarynx en forçant l'épaisseur du repli aryéno-épiglottique.

c) *Les périchondrites* des cartilages du larynx. Ces deux dernières complications sont rares.

d) *Les hémorragies*, parfois assez inquiétantes, par perforation des artères suivantes : laryngée supérieure (irrigue la gouttière pharyngo-laryngée), la-

ryngée postérieure (irrigue la face postérieure du larynx) et la branche de la thyroïdienne supérieure qui nourrit la partie inférieure du pharynx. Cette complication, nous la retrouvons dans l'observation XVIII. Comme complications générales, nous citerons :

a) La pénétration des germes dans la circulation générale, d'où septicémie avec toutes ses conséquences.

b) La pneumonie et la broncho-pneumonie, soit que les germes envahissent les poumons par voie descendante laryngo-trachéale, soit que les germes arrivent aux poumons par la voie sanguine (Obs. IV, VII, VIII et XIV).

c) La pleurésie purulente qui est fort grave dans ces circonstances, vu l'état d'intoxication du malade déjà affaibli par l'affection causale.

d) La myocardite et l'endocardite infectieuses qui entraînent la mort par défaillance ou paralysie du cœur (Obs. XVII).

e) Enfin, comme dernière complication redoutable, nous citerons la syncope inhibitoire foudroyante, dont nous avons déjà longuement parlé dans un chapitre précédent. Nous trouvons cette complication dans les observations I, II et IV.

DIAGNOSTIC

Le phlegmon du laryngo-pharynx est caractérisé par l'intensité de la douleur et de la dysphagie avec irradiations dans les oreilles, par des troubles de la voix, par des troubles respiratoires consistant dans une dyspnée intense entrecoupée par des crises de suffocatoïn et par un aspect laryngoscopique dont nous avons longuement parlé dans le chapitre Symptomatologie, tout ceci accompagné d'un état général plus ou moins grave. Mais la plupart de ces symptômes ne sont pas propres au phlegmon laryngo-pharyngien; on les retrouve dans une foule d'autres affections pharyngées et laryngées. Aussi, faudra-t-il éviter de confondre le phlegmon du laryngo-pharynx :

a) Avec le croup d'emblée qui se distingue de lui par l'invasion plus brusque, par l'extinction plus ou moins complète de la voix et par le rejet de fausses membranes dans l'expectoration. D'autre part, dans le croup les deux temps de la respiration sont également gênés et difficiles, tandis que dans l'affection qui nous occupe l'inspiration seule est entravée. GOIX donne encore comme signes distinctifs: l'absence de dysphagie intense et de douleur à la pression du cartilage thyroïde dans le croup. Ajoutons qu'en

explorant l'arrière-gorge, le doigt ne rencontre point de tuméfaction anormale dans le croup. Enfin, l'existence d'une épidémie de diphtérie fournira une forte présomption en faveur du croup.

b) Avec l'érysipèle primitif du larynx qui donne une image laryngoscopique différente de celle que fournit le phlegmon laryngo-pharyngien et dont le gonflement présente une tendance remarquable au déplacement, d'où la variabilité extrême d'un moment à l'autre de la dyspnée et de la dysphagie.

c) Avec le phlegmon endolaryngé, dont seul l'examen laryngoscopique tranchera le diagnostic. On note cependant l'absence presque constante des ganglions dans le phlegmon endolaryngé.

d) Avec les épiglottites aiguës simples ou suppurées, où il n'y a pas de dyspnée à proprement parler, tout au plus une légère gêne respiratoire. A l'examen laryngoscopique on trouve l'épiglotte triplée ou quadruplée de volume et ceci uniquement aux dépens de sa face antérieure.

e) Avec les abcès rétropharyngiens (adénophlegmons ou abcès ossifluents) qui se distinguent par la faible gêne respiratoire et par la présence d'une voussure sur la paroi postérieure du pharynx qu'on peut mettre facilement en évidence en déprimant la base de la langue avec un abaisse-langue.

f) Avec les manifestations laryngées de la variole. En effet, on observe parfois des pustules varioliques qui siègent sur les replis aryténo-épiglottiques et donnant lieu à une infiltration périphérique dont le miroir laryngien donne une image semblable à celle que

donne le phlegmon avec petits abcès collectés, mais le diagnostic est rendu aisé par la présence de pustules sur les autres parties du corps. D'ailleurs, la dysphagie et les troubles respiratoires sont moins marqués que dans le phlegmon hypopharyngé.

g) Avec l'herpès du larynx qui pourrait donner le change, mais les doutes ne subsisteront pas après un examen attentif et approfondi. Il y a bien au début une fièvre herpétique, de la dysphagie intense, un peu de dyspnée causée par l'œdème concomittant, une douleur à la pression sur le cartilage thyroïde. Mais tous ces signes sont beaucoup moins alarmants que dans les suppurations rétro-laryngées. La coïncidence d'un herpès buccal ou cutané orientera rapidement le diagnostic. Enfin, les renseignements fournis par l'examen endoscopique sont tout à fait différents dans les deux maladies.

h) Avec un corps étranger fiché dans la même région qui peut, d'ailleurs, secondairement déterminer un phlegmon. Les commémoratifs, l'absence des signes généraux et la radioscopie faciliteront le diagnostic.

i) Avec la granulie pharyngo-laryngée décrite par ISAMBERT sous le nom de tuberculose miliaire aigue de la gorge qui pourrait prêter à une confusion avant l'examen local. Ce dernier tranchera le diagnostic en montrant un sémis de granulations sur le voile du palais, amygdales, piliers, épiglotte, etc. D'ailleurs, elle coexiste le plus souvent avec la granulie pulmonaire.

j) Avec le phlegmon de la loge hyo-thyro-épiglottique qui se distingue par la tuméfaction, parfois

énorme, de la région thyro-hyoïdienne, par la gêne notable dans les mouvements de protraction de la langue et par l'effacement des fossettes glosso-épiglottiques à l'examen laryngoscopique.

k) Avec la laryngite striduleuse qui s'en distingue par son début plus brusque, généralement nocturne, et par l'absence des signes généraux. D'autre part, dans les intervalles des accès la respiration devient presque normale. A l'examen laryngoscopique le laryngo-pharynx se montre tout à fait normal. Enfin, la laryngite striduleuse est exclusivement une maladie de la seconde enfance, tandis que le phlegmon hypopharyngé est une rareté exceptionnelle chez les jeunes enfants.

l) Et, enfin, avec les thyroïdites aiguës qui présentent bien, comme signes fonctionnels, de la dyspnée, de la dysphagie et de la dysphonie, mais s'en distinguent par le siège différent du gonflement et de la douleur. En effet, la tuméfaction, toujours de volume modéré, correspond exactement à la glande, comme situation et comme forme. De même en ce qui concerne la douleur : elle siège au niveau de l'organe malade en irradiant le long des branches du plexus cervical. Mais c'est surtout l'examen laryngoscopique, en montrant un laryngo-pharynx normal qui fera éliminer sans hésitation le phlegmon.

TRAITEMENT

Tout au début, si le malade est vu assez tôt, tandis que le phlegmon est encore au stade d'œdème septique, on pourra quelquefois espérer le faire avorter par des moyens médicaux, qui consistent dans les antiphlogistiques et les révulsifs. Ces moyens seuls suffiront parfois pour amener la rétrocession des symptômes, comme dans le cas de Tempéa (Obs. X). On prescrira des bains chauds aux pieds et des enveloppements humides et chauds du cou. Certains auteurs, au contraire, préfèrent des vessies de glace appliquées à la face antérieure du cou, de même que de la glace à l'intérieur. On conseillera également quelques révulsifs, comme la teinture d'iode, les cataplasmes sinapisés, sangsues, onctions mercurielles-belladonnées, etc. Localement on fera des pulvérisations avec de l'eau phéniquée au centième, avec de la septicémie ou avec le Dakin dilué, ainsi que des lavages de la gorge avec de l'eau boriquée. Mais généralement le médecin est consulté quand l'affection est déjà à une période avancée, alors qu'un avortement du phlegmon n'est plus à envisager. Dès lors le médecin devra tendre vers trois buts : maintenir la respiration du malade suffisante, lutter contre l'infection, évacuer le pus collecté aussitôt que possible. Il faudra

en même temps soutenir les forces du malade, l'alimenter dans la mesure du possible pour lui permettre de faire les frais de sa maladie. Pour répondre à ces buts on commencera par faire garder le lit au malade dans une chambre bien aérée, mais suffisamment chauffée. On mettra plusieurs oreillers derrière la tête du malade pour qu'il se trouve presque assis, cette position permettant une respiration plus facile. Un silence aussi complet que possible est à conseiller, tout effort du larynx pouvant provoquer un accès de suffocation. On continuera les antiphlogistiques et les révulsifs comme ci-dessus, ainsi que les pulvérisations antiseptiques locales et les lavages de la gorge. On fera de plus, plusieurs fois par jour, des pulvérisations cocaïnisées et adrénalinisées qui, en calmant la douleur, atténueront en même temps la dyspnée. Dans les cas de dyspnée intense, on pourra recourir à la morphine et aux inhalations d'oxygène. Mais dès l'apparition de la dyspnée on se tiendra prêt à faire la trachéotomie qu'on pratiquera aussitôt que le danger d'asphyxie deviendra imminent.

Pour lutter contre l'infection on essayera le propidon ou le vaccin de Bruschetini qui semblent avoir donné des résultats encourageants dans certains cas. On a également essayé avec certain succès la septicémie en injections intra-musculaires et le Rhugiazol en injections intra-veineuses. On veillera en même temps à la vacuité de l'intestin en ordonnant quelques purgatifs légers. Contre l'agitation et l'insomnie on donnera un peu de gardénal ou de chloral, ce dernier en lavement.

On soutiendra le cœur par l'ouabaine ou l'huile camphrée. Il faudra, enfin, soutenir les forces du malade, mais là on se heurte à un grand écueil, à cause de la dysphagie; ce sera, donc, le cas d'avoir recours aux lavements nutritifs.

Mais, dès que le pus sera collecté, il faudra aussitôt que possible lui donner une issue. Il ne faudra jamais attendre l'ouverture spontanée, sous peine de voir le pus fuser vers le tissu cellulaire du cou ou vers le médiastin. On aborde la collection par les voies naturelles. L'incision peut se faire sous le contrôle du miroir, mais la laryngoscopie indirecte est souvent très gênée par les réflexes nauséeux et par ce fait que la salivation abondante et les mucosités encombrant le pharynx viennent brouiller le miroir. Aussi, les auteurs préfèrent-ils la hypo-pharyngoscopie directe à l'aide de la spatule pharyngoscopique de Bruning ou de Chevalier-Jackson. On peut ouvrir la collection avec un galvano-cautère, ce qui est préférable, à cause de la large et béante ouverture qu'il crée dans les tissus enflammés et permettant ainsi un drainage suffisant, mais on peut aussi avec un bistouri et même avec une pince à corps étrangers. Dans certains cas les manœuvres d'exploration par le tube-spatule ont suffi à elles seules de provoquer la rupture de la poche. Quant au point à inciser, il doit porter là, où la muqueuse est plus prête à crever, c'est-à-dire, là où elle paraît dépolie, d'aspect terne et d'une coloration jaune-verdâtre. L'incision doit être verticale et suffisante pour assurer un bon drainage. Dans les cas où le foyer purulent est difficile à mettre en évidence à

cause de l'œdème environnant qui le masque, il y aurait intérêt, d'après M. le professeur JACQUES, d'opérer avec un instrument mousse, pour ne pas exposer le malade à des blessures dangereuses.

L'intervention doit se faire sous l'anesthésie locale. Pour éviter les réflexes nauséux très gênants, on anesthésie également la bouche et l'oropharynx, en les badigeonnant avec une solution de cocaïne au dixième. Quant au laryngo-pharynx lui-même, les badigeonnages sont dangereux (crises de suffocation !); aussi, l'insensibilise-t-on par une pulvérisation de cocaïne au vingtième ou en projetant avec un lance-poudre un peu de mélange cocaïne-lactose.

Après l'ouverture de la collection et l'aspiration du pus, on pourra passer dans la cavité un porte-coton imbibé d'un peu de solution de protargol au cinquième ou d'eau oxygénée pure. On maintiendra la plaie ouverte pendant quelques jours, en écouvillonnant la fistule avec un stylet, pour assurer un drainage suffisant. La collection purulente une fois ouverte et vidée, la guérison se fait en quelques jours. Mais il y a des cas où, malgré l'ouverture spontanée ou chirurgicale de la collection par les voies naturelles, le drainage se fait mal. On sent à la palpation du cou une infiltration profonde de la gouttière latéro-laryngienne avec un gonflement bien visible de la partie antéro-latérale haute du cou, en même temps que le malade présente tous les signes de résorption toxique. Il ne faudra pas hésiter dans ces cas, d'après M. le professeur JACQUES, de pratiquer une incision externe et donner une large issue au pus à l'extérieur. Le lieu d'incision

variera, naturellement, après la forme de la tuméfaction, et devra correspondre au point culminant du foyer qui est en même temps le point le plus douloureux. Dans tous les cas, il sera préférable d'aborder la collection en incisant en arrière du bord postérieur du sterno-mastoïdien. Il faudra placer un drain suffisamment gros dans la plaie. D'ordinaire on pourra l'enlever au bout de trois ou quatre jours et la guérison sera complète quelques jours après.

CONCLUSIONS

1° Parmi les accidents suppuratifs occupant la région basse du carrefour aéro-digestif, il est une variété de phlegmon qui se développe dans le tissu cellulaire lâche sous-muqueux du laryngo-pharynx et dont le point de départ est la face postérieure du larynx et évoluant vers les gouttières pharyngo-laryngées et vice-versa;

2° L'étiologie de cette singulière localisation de ce phlegmon semble relever dans un certain nombre de cas d'un traumatisme septique, le plus souvent alimentaire, mais il semble que dans la majorité des cas, l'élément septique soit amené dans la région par les voies sanguines ou lymphatiques. Sans doute dans ces circonstances y aurait-il lieu d'incriminer, comme point d'appel, les traumatismes physiologiques exercés par la déglutition d'aliments plus ou moins vulnérants pour la muqueuse tapissant cette région;

3° En rapport avec sa localisation, la symptomatologie est surtout laryngo-pharyngée : la dysphagie douloureuse, la dyspnée entrecoupée des crises de suffocation, la dysphonie et l'hypersalivation sont les signes principaux de la maladie;

4° Le pronostic du phlegmon laryngo-pharyngien toujours sérieux est loin d'être fatal, si le diagnostic

est fait à temps et le traitement convenablement appliqué. Sur les dix observations récentes que nous rapportons, il y a quatre morts et six guérisons ;

5° La thérapeutique devra s'inspirer de l'état local et de l'état général. Elle sera surtout chirurgicale et visera l'évacuation du pus dès sa formation.

L'évacuation doit se faire par les voies naturelles, de préférence à l'hypopharyngoscopie directe, exceptionnellement on devra recourir à l'incision extérieure et il ne faudra pas trop différer, si les phénomènes généraux sont inquiétants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Phlegmon infectieux du pharynx

(Professeur H. SENATOR, Berliner Klin. Gesellschaft,
4 janvier 1884, et *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1888, n° 5)

Marchand, 29 ans, fut pris la nuit du 16 octobre, brusquement, de douleurs d'estomac, de vomissements bilieux et de diarrhée. Un médecin appelé pensa à une indigestion, puis à une intoxication par aliments.

Le 17, mal de gorge avec enrouement. Les symptômes gastro-intestinaux cessent. Fièvre et délire.

Le 19, exanthème aux jambes. L'état devient de plus en plus grave; entrée à l'hôpital le troisième jour.

Etat, le 20 octobre, à l'entrée: Voix faible, cyanose légère; pouls fréquent et faible; respiration costale laborieuse à 52. Tuméfaction du côté gauche du cou. Un essai de déglutition de boisson détermine une vive douleur et un accès de toux qui fait rejeter le liquide. Bouche s'ouvrant difficilement; pharynx rouge sans exsudat. Rien du côté des autres organes. Rougeur des cuisses et du bas-ventre avec l'éruption miliaire. Température à 1 heure: 39°. Application de glace, et glace à l'intérieur. Trachéotomie ordonnée en cas d'urgence. Mais mort subite à 6 heures du soir. Urine recueillie à l'autopsie: très albumineuse. Le diagnostic fut: phlegmon infectieux du pharynx.

Autopsie, par Grawitz: Cœur flasque, pâle. Poumons très congestionnés, muqueuse des bronches rouge avec beaucoup

de mucosités. Ganglions du cou rouges, tuméfiés. Amygdale gauche présente à sa surface de petits dépôts suppurés. Paroi du pharynx infiltrée légèrement du pus. Epiglote rouge, tuméfiée, couverte des flocons fibrineux à sa surface interne. Muqueuse du larynx rouge et infiltrée du pus. Cordes vocales rouges et exulcérées. Trachée très injectée. Rate grosse (750 gr., 20 cent., sur 12 de largeur et 6 d'épaisseur); pulpe molle et rouge sombre. Reins tuméfiés avec hémorragies à leur surface. Bassinets présentent des taches hémorragiques. Œsophage rouge foncé, avec follicules tuméfiés. Muqueuse gastrique tuméfiée, rouge, avec quelques hémorragies. Foie gras, près de 4 kgr.

Pièces soumises à Virchow, dont voici le protocole : Phlegmon profond de la partie gauche du pharynx avec participation de l'amygdale et commencement de propagation au côté droit, surtout au larynx. Infiltration purulente du ligament aryéno-épiglottique et de la région avoisinante. Tuméfaction de la glotte, de l'œsophage, de la muqueuse gastrique et, au milieu, gastrite proliférante avec coloration rosée. Rate tuméfiée. Néphrite parenchymateuse avec pyélite hémorragique.

OBSERVATIONS II ET III

Phlegmons infectieux du larynx et du pharynx (Abscesses rétro-laryngés primitifs)

(M. P. MERKLIN, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine)

Société médicale des Hôpitaux. Séance du 7 novembre 1890)

a) Le 5 mars, je trouvai dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine un malade qui avait été apporté dans la nuit pour une dyspnée laryngée avec menace de suffocation. C'était un tonnelier, âgé de 46 ans, d'une bonne santé habituelle qui, cinq jours avant, en rentrant chez lui à midi, s'était plaint d'un violent mal de gorge. Il continua néanmoins à travailler pendant trois jours; mais, dans la soirée du troisième, la douleur avait augmenté au point de l'empêcher d'avaler, et déjà il éprouvait une certaine peine à respirer. Le lendemain

matin, un médecin de la ville lui prescrivit deux vomitifs qui ne lui procurèrent aucun soulagement: la dysphagie et la dyspnée augmentèrent au point que, dans la nuit suivante, on l'apporta d'urgence à l'hôpital, à 3 heures du matin.

Au moment de notre examen, le malade avait 39°, la face vultueuse, les lèvres légèrement cyanosées. Il était en proie à une dyspnée laryngée des plus intenses, avec cornage et rauçité de la voix. L'examen de l'isthme du gosier ne révélait que de la rougeur avec une accumulation de sécrétions mucopurulentes. Mais le doigt introduit dans le pharynx permit de constater nettement un gonflement œdémateux et douloureux au niveau de la partie postéro-supérieure du larynx. Les urines contenaient une grande quantité d'albumine et de l'urobiline. Me basant sur ces signes, et sur le souvenir d'un cas du même genre que je vais rappeler tout à l'heure, je portai le diagnostic d'œdème de la glotte probablement dû à un abcès rétro-laryngé. Et de fait, le malade avait craché dans la nuit une cuillerée à soupe d'un pus jaunâtre et crémeux. Comme les accidents dyspnéiques n'avaient pas diminué, la trachéotomie me sembla devoir être sérieusement discutée et je priai M. Ch. Monod de vouloir bien examiner le malade avec moi. L'asphyxie ne paraissant pas imminente, le tirage n'étant que peu marqué et l'abcès ayant commencé à se vider, nous décidâmes d'attendre, mais de tout préparer pour la trachéotomie que l'interne de garde ferait immédiatement en cas d'urgence; en attendant, une application de sangsues fut faite de chaque côté du cou. La journée se passa sans aggravation, ni amélioration; la nuit n'amena pas plus de changement, mais vers 4 heures du matin, le malade s'étant assis sur son séant pour prendre son crachoir, retomba mort sur son oreiller.

L'autopsie ne put être faite, à cause de l'opposition de la famille.

b) Il s'agit d'une cuisinière, âgée de 50 ans, atteinte, à la suite d'un refroidissement, d'un simple rhume qui ne l'empêcha pas de vaquer à ses occupations, et dix jours après, d'une laryngite intense caractérisée par de la rauçité de la voix et de

la toux, de la douleur et bientôt de la dyspnée avec cornage. Elle entra au bout de deux jours dans le service de M. Millard, dont j'avais l'honneur d'être interne, avec tous les signes d'un œdème aigu primitif de la glotte. L'examen des urines révélait en même temps une très grande quantité d'albumine.

Vomitif et révulsif ne donnant aucun résultat, la trachéotomie fut faite le même jour. A la suite de cette opération, la dyspnée céda, mais la malade accusait une dysphagie douloureuse qui l'empêchait d'avaler même une goutte de liquide. Cette dysphagie persiste le lendemain au point de rendre nécessaire l'alimentation par des lavements; il existait en même temps de la bronchite de grosses bronches, et la malade se plaignait d'une douleur intense à la gorge et de tiraillement douloureux de l'estomac.

Elle succomba le lendemain matin à une sorte d'asphyxie lente. L'autopsie confirma le diagnostic d'œdème de la glotte et de plus permis de constater à la face postérieure du larynx, au niveau de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche, un abcès gros comme une petite noisette, avec une infiltration du pus sous les muscles crico-thyroïdiens.

Il existait donc un abcès rétro-laryngn, intermédiaire au larynx et au pharynx; malgré la trachéotomie faite de bonne heure, la malade avait succombé d'une manière qui nous semblait, à cette époque, difficilement explicable.

OBSERVATION IV

Laryngite phlegmoncuse aiguë

(CHAUFFARD, Société Anatomique, juin 1881.

In thèse de GOIX, Paris, 1882)

Louis Q..., 24 ans, entre le 7 juin 1881 dans le service de Jaccoud. Pas d'antécédents personnels, ni héréditaires.

Deux jours avant, à la suite d'un refroidissement, il a été pris brusquement d'accidents de plus en plus graves: enrouement, respiration bruyante et difficile, accès de suffocation, etc...

A la première visite, on constate : Une respiration longue et pénible, avec un ronflement inspiratoire rauque, grave et prolongé ; une voix étouffée, peu distincte ; une toux peu fréquente. L'auscultation ne montre rien d'anormal. La région antéro-latérale du cou, qui est tuméfiée, est très douloureuse à la pression. La dysphagie est complète. L'examen de la gorge est négatif. La face est pâle et couverte de sueurs, les lèvres sont violacées, léger tirage sussternal. Température : 39° 1.

Traitement : Application permanente de glace sur la région laryngée, frictions à l'huile de croton de la poitrine ; eau-de-vie allemande : 40 gr. ; lait glacé.

Le 7, soir. La dyspnée est très intense, l'agitation est extrême ; état de demi-délire.

A 8 heures du soir, un accès de suffocation qui nécessite la trachéotomie d'urgence.

Le 8. La nuit était très mauvaise. La tuméfaction cervicale est augmentée davantage. Gros ganglions sous-maxillaires. Rejet abondant de mucosités purulentes par la canule. Température : 39° le matin, 39° 8 le soir.

Le 9. L'état du malade est très grave. La tuméfaction cervicale est considérable. La respiration est stridente et précipitée (50' par minute). Le rejet du pus par la canule continue. Le faciès est altéré et couvert de sueurs. L'agitation est continue. Température 39° 5. Mort à 7 heures du soir, au cinquième jour de la maladie. Un fait important à noter : le malade a eu, même après la trachéotomie plusieurs accès de suffocation. Il a succombé quelque temps après un de ces paroxysmes.

Autopsie. — Poumons : Quelques modules disséminés d'induration broncho-pneumonique aux deux bases. Les ganglions lymphatiques juxtalaryngés sont violacés, augmentés de volume et ramollis. Les fossettes glosso-épiglottiques sont effacées par un boursofflement de la muqueuse. Les replis aryéno-épigottiques sont généralement boursofflés, ridés et d'une coloration grisâtre. La muqueuse sous-glottique du

larynx est violacée, celle de la partie susglottique est d'un rouge vif. Cordes vocales saines ; la muqueuse des ventricules est très tuméfiée. Au-dessus de la partie moyenne de la corde vocale supérieure existe un bourrelet saillant, formé par la muqueuse et présentant à son pourtour des petits orifices déchiquetés, d'où par pression on fait sourdre des gouttelettes purulentes. Les gouttières latérales sont effacées. Leur fond est infiltré d'un pus jaunâtre, crémeux et en partie collecté. Le squelette cartilagineux du larynx est normal.

OBSERVATION V

*Phlegmon infectieux du pharynx,
de l'œsophage et du larynx. Mort. Autopsie.*

(Ch. SAUVINEAU, interne des hôpitaux.
Bulletin de la Société Anatomique, février 1891).

Le 13 février 1891 est entré dans le service de M. RIGAL, à Necker, un cantonnier, âgé de 53 ans. Début de l'affection remonte à 8 jours par une dysphagie, qui est devenue de plus en plus grave.

Le 14, à la visite, on constate : une tuméfaction et une induration de la région sous-maxillaire ; une rougeur et un gonflement inflammatoire de la luette et des amygdales qui présentent par places des abcès miliaires. Dysphagie complète. La respiration et la voix sont normales. Signes de congestion pulmonaire aux bases. Température 38°.

Le 15 : Dyspnée extrême avec tirage ; accès de suffocation. Pouls faible et rapide. Mort dans le collapsus.

Autopsie. — Une couche de pus sous l'aponévrose cervicale superficielle s'étendant d'un sternomastoïdien à l'autre. Les parois postérieures et latérales du pharynx, les amygdales, la luette et les piliers sont infiltrés de pus. Abcès péri-amygdalien gauche. Infiltration purulente de la couche externe de l'œsophage sur une hauteur de 5 cm. L'épiglotte, les replis aryéno-épiglottiques et les cordes vocales supérieures sont également le siège d'une infiltration puriforme. Du pus baigne

le paquet vasculo-nerveux du cou. Cœur : boursofflement de la valvule mitrale. Congestion pulmonaire et rénale.

Examen bactériologique par BOULLOCHE : L'examen direct du pus et du sang, de même que leur ensemencement sur agar montre des chaînettes de streptocoques.

OBSERVATION VI

Abcès rétro-laryngé aigu primitif.

(MANDELSTAMM. Thèse de Paris, 1891)

Homme de 38 ans, serrurier, entre le 20 février 1891 dans le service de GOUGUENHEIM, à Lariboisière. Le début de la maladie remonte à trois jours ; à la suite d'un refroidissement il a été pris brusquement d'un violent mal des reins, puis le lendemain d'un mal de gorge, accompagné d'une dysphagie très prononcée.

Le 20 février, matin : La respiration est très difficile et entrecoupée des paroxysmes dyspnéiques.

Le soir : Etat très inquiétant ; dysphagie complète ; dyspnée intense, accès de suffocation ; on se tient prêt à faire la trachéotomie. Température 38°5. Inhalation d'oxygène. Nuit très mauvaise.

Le 21 : L'oppression est moins vive, ainsi que la dysphagie ; le malade a expectoré un peu de pus. Premier examen laryngoscopique : Oro-pharynx presque normal. Gonflement de la muqueuse rétro-laryngée ; du pus baigne toute cette région. L'épiglotte est rouge et tuméfiée ; elle recouvre la région ary-ténoïdienne. Celle-ci, ainsi que le repli pharyngo-épiglottique, sont très gonflés. En arrière du repli ary-téno-épiglottique gauche, se voit une ouverture d'où sort de la matière purulente. Impossibilité de voir à l'intérieur du larynx. La pression sur le larynx et le cartilage thyroïde est sensible. Langue blanche, anorexie, céphalée. Température 38°.

Traitement : Pulvérisations phéniquées. Lavages des parties malades à l'eau boriquée.

Le 22 février : L'évacuation du pus continue. Température 37°.

Le 23 : Le malade demande à manger. L'examen montre le retour des parties à leur état normal. Le malade quitte l'hôpital le 27 février, entièrement guéri.

OBSERVATION VII

*Abcès rétro-laryngé aigu à pneumocoques,
compliqué de pneumonie et de péripéritonite.*

(JOSSEMAND, médecin des hôpitaux de Lyon.
Province médicale, 1890, n° 33)

Jeannette C..., âgée de 41 ans, entre le 26 juin à l'hôpital de la Croix-rouge. Le début de la maladie remonte à la veille par un frisson avec un peu de douleur au niveau du larynx, puis sa voix s'est rapidement éteinte et des accès de suffocation ont éclaté la nuit.

L'état actuel de la malade : Dyspnée vive avec tirage et cornage; on prépare les instruments pour la trachéotomie. Aphonie complète. Pas beaucoup de cyanose. Abattement et anxiété. Température 39°8.

Examen laryngoscopique : Les replis aryéno-épiglottiques sont tuméfiés au point que l'orifice supérieur du larynx est réduit à un aspect linéaire. Les fossettes piriformes n'existent plus, l'épiglotte est déformée.

Prescription : Compresses chaudes au cou. Pulvérisations horiquées. Toniques.

Le 27 : La dyspnée est diminuée, la voix est moins éteinte, mais le thermomètre marque 40°; la malade est pâle et a l'air profondément intoxiquée. Extérieurement, on constate sur le côté gauche du larynx un gonflement considérable qui est rouge et chaud, mais sans fluctuation. Au laryngoscope : l'œdème est diminué et on peut apercevoir l'orifice glottique. Ça et là, des traces de pus répandu sur le larynx. Conclusion : abcès périlaryngé s'est ouvert et la diminution de la dyspnée a coïncidé avec cette ouverture. L'albuminurie persiste.

Le 28 : La veille, l'abcès a dû s'ouvrir plus largement, car la malade s'est sentie la bouche inondée de pus qu'elle expectore encore aujourd'hui en abondance. Quelques heures avant cette petite vomique de la veille, elle a ressenti un point de côté gauche. On ausculte ce matin la malade et on constate à la base gauche de la matité, un souffle tubaire et des râles crépitants. Pas d'expectoration pneumonique. Rejets fréquents de pus qui vient de la gorge. L'examen microscopique du pus permet de constater, au milieu de nombreux cocci, des diplocoques encapsulés et d'aspect lancéolé, dans lesquels M. Roux reconnaît le pneumocoque de Fraenkel. Température 40°2. L'albuminurie persiste. Etat général meilleur. A la laryngoscopie l'épiglotte et les replis aryéno-épiglottiques ont repris leur aspect normal.

Le 29 : Température 40°2 le matin, 40°4 le soir. Pas encore de crachats pneumoniques ; la malade ne rend plus de pus. Le souffle tubaire a augmenté d'intensité.

Le 30 : Même fièvre. La zone pneumonique s'est étendue jusqu'à l'épine de l'omoplate. Crachats safraneux et adhérents. Quelques râles souscrépitaux à la base droite.

Le 1^{er} juillet : Déferescence incomplète, suivie les jours suivants en lysis. L'état général s'améliorait rapidement, et le 10 juillet le thermomètre dépassait à peine 38° depuis quelques jours, lorsque subitement la température remonte à 40°, en même temps qu'apparaissent les signes de pelvipéritonite. Quelques jours après, l'abcès s'ouvrit dans le vagin. Dans le pus examiné, M. Roux crut constater des pneumocoques. On parle alors de faire une ponction vaginale, mais la malade alarmée demanda son exeat.

OBSERVATION VIII

Abcès rétro-laryngé aigu primitif avec pneumonie double.

(Annales des maladies de l'oreille et du larynx, juillet 1885.

GAREL).

Homme de 45 ans, pris subitement de douleurs du larynx et de raucité de la voix, puis de frissons, de fièvre et progressivement de gêne respiratoire.

A l'entrée, on constate un aplatissement transversal de la partie située au-dessus des cordes qui sont immobiles et faiblement écartées; le larynx est comprimé par une masse inflammatoire. La région du cou est douloureuse. En même temps, signes d'hépatisation pulmonaire.

Le lendemain, le gonflement semble moindre, on trouve du pus à l'intérieur du larynx, mais la déglutition est impossible, la dyspnée est toujours forte. Le malade succombe à des accidents d'asphyxie malgré la trachéotomie.

Autopsie. — Infiltration purulente de l'espace retro-laryngé, avec du pus dans le larynx et les signes d'une pneumonie double.

OBSERVATION IX

Pharyngitis acuta infectiosa phlegmonosa.
(Pharyngite infectieuse phlegmoneuse aiguë)

(Max SCHOEFFER (de Brême). *Monatr. f. Ohrenheilk.*, 1892)

Le malade, homme de 45 ans, fut pris, consécutivement à un refroidissement contracté au milieu de libations copieuses, de phénomènes angineux fébriles, avec dyspnée modérée. L'examen pharyngo-laryngoscopique ne révéla d'autres lésions qu'un gonflement considérable de l'épiglotte s'étendant jusqu'aux aryténoïdes. Impossible de voir les cordes vocales; d'ailleurs, pas de modifications de la voix. Des incisions répétées au niveau de l'épiglotte amènent du sang, mais pas de pus.

Le malade ayant succombé brusquement, l'autopsie révéla une dégénérescence graisseuse des parois cardiaques (pas d'examen histologique). L'auteur attribue la mort à une paralysie cardiaque. Le larynx était perméable. Le tissu sous-muqueux, autour de l'entrée de l'œsophage et au voisinage des sinus piriformes, était infiltré de petits foyers purulents disséminés.

OBSERVATIONS X, XI, XII, XIII, XIV

(*Annales d'O.-R.-L.*, 1932, p. 42. Tempea)

a) M^{me} S..., âgée de 40 ans, est tombée malade subitement, ayant des douleurs violentes à la gorge, spécialement à la déglutition. Température 38°6. Elle avale difficilement même les liquides. Ayant souffert plusieurs fois d'abcès périamygdaliens, ouverts par nous, et sûre qu'il s'agit de la même affection, la malade nous a fait venir. A l'examen hypopharyngoscopique et laryngien, nous avons constaté l'infiltration et la congestion de l'hypopharynx autour de l'œsophage; on procède au traitement antiphlogistique : bains chauds aux pieds, compresses très chaudes, inhalations, diète. Le lendemain, l'état de la malade s'est amélioré et on continue le même traitement. La malade guérit sans interventions.

b) La malade, S... A., 38 ans, est souffrante depuis 6 jours de grandes douleurs dans la partie gauche du gosier, étant vue par plusieurs médecins internistes qui ont diagnostiqué une amygdalite, en ordonnant des compresses et des gargarismes. Son état empirait. La température baisse depuis quelques jours sans que la douleur cède. Laryngoscopiquement, on remarque une collection de l'hypopharynx gauche dans le recessus piriforme, un gros œdème et une légère tuméfaction de l'épiglotte, la muqueuse congestionnée est couverte de sécrétions jaunes-vertes purulentes. L'ouverture immédiate lui produit une sensation de soulagement. Le lendemain les sécrétions deviennent moins fréquentes; en cinq jours l'œdème disparaît complètement et les douleurs pareillement.

c) N. L..., fonctionnaire à la Banque Nationale, 28 ans; malade depuis 4 jours, fièvre 39°, douleur au gosier, spécialement du côté droit de la gorge. L'état général est très mauvais. Difficulté à la déglutition. Le malade ayant souffert auparavant d'un abcès périamygdalien, nous déclare que, cette fois-ci, il a l'impression que la douleur est plus basse. Il est légèrement enroué. En l'examinant, nous observons une volumineuse tuméfaction œdémateuse correspondant à la région

aryténoïdienne droite, empêchant le mouvement de la corde vocale droite. Le malade accepte l'intervention, qui donne issue à une grande quantité de pus. Le lendemain, le malade va mieux. La température baisse. On maintient la plaie ouverte. En quelques jours, le malade est complètement rétabli.

d) I. I..., 23 ans, paysan, souffrant depuis 10 jours : douleurs du gosier, sensation de fatigue, très affaibli, se nourrit à peine d'un peu de lait, grandes douleurs à la déglutition. A l'examen, on ne trouve rien de pharyngien. En examinant l'hypopharynx, on observe un gros œdème de l'aryténoïde droit, couvert de sécrétions vertes-jaunes. L'ouverture de l'abcès donne issue à une grande quantité de pus. Le lendemain, le malade va mieux. On maintient le drainage, et cinq ou six jours après l'ouverture, l'abcès hypopharyngien est guéri. Le malade raconte qu'il a souffert plusieurs fois d'amygdalites graves, lesquelles guérissaient après avoir éliminé le pus du gosier. Il observe que cette fois-ci, les douleurs étaient dans une région beaucoup plus basse et la difficulté de la déglutition plus intense qu'à l'ordinaire.

e) L'hiver 1930, on nous amène à la clinique une jeune femme qui a une dyspnée grave, 41° (malade depuis 2 jours). Examinée, on observe un volumineux œdème de l'épiglotte et même de toute la région hypopharyngienne et laryngienne, spécialement du côté droit. L'état respiratoire, très grave, impose immédiatement la trachéotomie ; après, la malade est un peu soulagée. Le lendemain, en l'examinant plus attentivement, on remarque une collection du côté droit de l'hypopharynx, et en l'incisant, on fait évacuer une grande quantité de pus fétide. La température est toujours très élevée : 40-41°, même après l'ouverture et le drainage. Localement, il y avait toujours tuméfaction. La malade accusant des douleurs dans la poitrine, dès le premier jour de son arrivée à la clinique, on a fait appel à un interniste qui a diagnostiqué une broncho-pneumonie. Dans 10 jours, l'état pharyngien s'est amélioré, mais l'état général de la malade est désespéré. Le faciès devient cadavérique ; elle ne peut pas s'alimenter, tan-

dis que la radiographie nous révèle une médiastinité. Après quelques jours, la malade meurt et l'autopsie confirme notre diagnostic de médiastinite, en trouvant dans le médiastin antérieur et postérieur une grande quantité de pus fétide. On a trouvé la poche de la première collection de l'hypopharynx, d'où le pus est descendu dans le médiastin.

OBSERVATION XV

Phlegmon de la gouttière pharyngo-laryngée.

André VIÉLA. Extrait de la Revue *Toulouse Médical*
du 1^{er} octobre 1933.

Nous voyons ce malade en consultation avec notre ami, le Dr R. FOURNIÉ, le 10 février 1933. C'est un vieillard de 81 ans, traité depuis des années pour troubles pulmonaires, emphysème et congestion chronique. Jamais d'affection pharyngée. Le 6 février, au moment du repas de midi, il ressent une douleur vive dans la gorge, qui rend la déglutition difficile. La douleur est devenue vite continue et le malade porte la main à son oreille droite, en nous disant que l'oreille lui fait aussi mal que sa gorge. La douleur pharyngée a son maximum à droite ; superficiellement, elle répond à la grande corne de l'hyoïde. Très légère dysphonie. Aucune dyspnée. Pas d'adénopathie. Etat fébrile léger, température 38°, le soir.

A la laryngoscopie indirecte, le ligament aryténo-épiglottique droit semble tuméfié dans son tiers antérieur et recouvert de mucosités sanieuses très abondantes. Après cocaïnisation légère, je note que la voussure inflammatoire occupe la face externe de l'aryténoïde droit, somme toute, le versant interne de la gouttière pharyngo-laryngée droite ; celle-ci est, du fait de la tuméfaction inflammatoire, pratiquement effacée. Je conseille au malade une intervention par voie naturelle qui évacuerait la collection. L'entourage me demande de la différer et je prescrit des pulvérisations *in situ* de septicémine en même temps que le Dr FOURNIÉ pratique quotidiennement une injection intraveineuse d'une ampoule du même produit.

Le 7, l'état reste stationnaire. Le 8 au soir, à l'occasion d'un effort de toux, le malade a la sensation que son abcès a évacué spontanément son contenu; un flot de liquide fétide envahit la bouche, une partie d'ailleurs est déglutie. Je le revois le 9 au matin; sur le versant interne de la gouttière pharyngo-laryngée, je discerne, à 1 cm. en arrière de son fond, un orifice cratériforme d'où vient sourdre du pus.

Le malade guérit spontanément, sans qu'une thérapeutique locale fut instituée. La déglutition redevint, à partir du 20 février, tout à fait normale. La guérison se maintint jusqu'au 20 mars, date à laquelle le sujet succomba à une congestion pulmonaire.

OBSERVATION XVI

Phlegmon du laryngo-pharynx

Par le professeur CHÉRIDJIAN, de Genève (*in rapport de VIÉLA au Congrès de 1934 de la Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie*).

B... A., 19 ans, entre dans le service de clinique O. R. L. de l'hôpital cantonal de Genève, le 3 février 1933, pour une dysphagie douloureuse avec dysphonie et dyspnée intense.

Le début remonte à 3 jours, par un état grippal avec forte température de 40°.

L'examen de la malade cyanosée et présentant du tirage susternal montre une intégrité absolue du voile du palais et de ses piliers ainsi que de ses amygdales. A l'examen laryngoscopique, on note une infiltration énorme de tout l'orifice laryngien.

L'épiglotte et les aryténoïdes tuméfiés sont confondus dans une infiltration diffuse donnant l'aspect d'un museau de tanche.

Cette infiltration envahit les gouttières pharyngo-laryngées où l'on voit suinter un pus verdâtre dont on ne peut préciser l'origine.

Extérieurement, toute la paroi antérieure du cou est le siège d'un empâtement diffus, profond, qui semble prédominer dans la région latéro-cervicale droite. Cette infiltration s'ar-

rête néanmoins à l'anneau cricoïdien, qui est perceptible sous les téguments.

Pendant cet examen, la dyspnée prend une intensité extrême et c'est une malade asphyxique et en état de mort apparente sur laquelle on fait, d'extrême urgence, une trachéotomie qui permet de la ranimer. Dans les jours suivants, les symptômes locaux persistent et un examen du pus pharyngé montre l'existence de staphylocoques.

Le 7 février, l'état général reste grave, l'empâtement périphérique augmente de volume et gagne le plancher de la bouche. Une incision par voie externe au niveau de la membrane thyro-hyôidienne évacue une collection péri-laryngée. Le 8 février, une fistulation s'étant faite dans le plancher buccal du côté droit, une exploration de cette fistule conduit dans la région cervicale où une contre-incision de drainage est établie.

Le 9 février, les symptômes conservent la même gravité, et le 10, la malade meurt.

La nécropsie put être faite et démontra que le point de départ était une périchondrite aryténoïdienne ayant fusé, d'une part au travers de la membrane thyro-aryténoïdienne (?), vers la loge de la sous-maxillaire et la base de la langue, d'autre part, en bas, autour du cricoïde, vers l'espace péri-œsophagien et le médiastin.

OBSERVATION XVII

Abcès laryngé postérieur.

D^{rs} JUNEJA et MONTHEIL (*in* rapport de VIÉLA et TRUFFERT
au Congrès de 1934 de la Société Française
d'Oto-Rhino-Laryngologie)

Le 25 novembre 1933, à 9 heures, nous sommes appelés, dans une petite ville du Midi, auprès de M. J. B..., capitaine d'aviation qui, depuis quelques heures déjà, présente un cornage intense.

Le capitaine B..., âgé de 37 ans, s'était alité l'avant-veille en revenant des obsèques de son frère qu'il avait suivies tête nue par un froid très vif, quoique souffrant depuis quelques jours déjà d'une pharyngo-laryngite banale. Avec le D^r BACQUÉ, nous examinons le malade. Il est assis sur son lit, légèrement cyanosé, en proie à un cornage intense avec léger tirage. Le pouls bat à 120, il est bien frappé; température 39° 2. L'oro-pharynx est légèrement hyperhémie, la langue saburrale. Après percaïnisation, l'épiglotte, vue dans le miroir laryngien, apparaît tuméfiée par un œdème mou qui envahit aussi les aryténoïdes, avec latéralisation marquée à droite; la corde droite est cachée.

Le malade présente une forte dysphagie, qui n'est pas douloureuse. Il est aphone.

Pulvérisation de sérum physiologique adrénaliné, morphine, révulsions thoraciques. Le soir, la température est toujours élevée, mais le malade se sent soulagé.

Le lendemain, nouvelle aggravation; le malade est transporté en clinique. L'œdème droit est toujours tuméfié, surtout au dépens de sa face postérieure; le gauche est cependant déjà œdémateux. Les cordes sont en partie cachées par un œdème à caractère séreux qui tapisse la face antérieure des aryténoïdes.

A 17 heures, consultation avec le D^r JUNCA qui, devant l'intensité de la dyspnée, serait d'avis d'intervenir afin d'éviter un surcroît de fatigue pour le cœur. Cependant, à la suite de révulsions pré-laryngées et injection de morphine, une nouvelle amélioration se produit, quoique la température soit 39° 9 et le pouls à 120, bien frappé. Urines rares. A minuit, le cornage a repris progressivement, le malade est cyanosé, trempé de sueurs. Malgré le soulagement qui résulte de l'intervention, le capitaine B... semble profondément intoxiqué et, jusqu'au jour, le cœur doit être soutenu par des injections de spartéine et d'huile camphrée.

Les jours suivants, l'examen local fait percevoir une régression de l'œdème aryténoïdien, les cordes sont maintenant visi-

bles et, sur l'une d'elles, le Dr JUNCA croit distinguer une érosion minime dans la portion juxta-aryténoïdienne. La dysphagie est maintenant absolue. Après avoir fait sensiblement les mêmes constatations que le Dr JUNCA la veille, nous voulons porter un tampon d'eau oxygénée au contact de la petite ulcération. Par suite d'un brusque mouvement du malade, notre tampon, au lieu d'être introduit dans le larynx, passe dans l'hypopharynx et revient tout souillé de pus qui mousse au contact de l'eau oxygénée ; une seconde fois, et volontairement alors, nous explorons avec un nouveau tampon la paroi antérieure de l'hypopharynx ; nous avons nettement la sensation qu'il existe une grosse collection développée aux dépens de la face postérieure du massif crico-aryténoïdien, et avec prédominance très nette pour la moitié droite. Après cette exploration, le malade expectore un demi-verre de pus environ, dans lequel l'examen bactériologique démontra la présence d'un streptocoque hypervirulent.

En dépit du soulagement local, l'état général, qui n'a cessé d'être grave depuis la trachéotomie, présente les signes d'une infection profonde, septicémique, explicable par le résultat de l'examen bactériologique du pus. Toutes les ressources de la thérapeutique médicale n'amènent pas d'amélioration. On essaie d'alimenter le malade, qui n'a absolument rien pris depuis 5 jours ; la sonde œsophagienne est engagée sans rencontrer d'obstacle au niveau du laryngo-pharynx.

Le soir même (29 novembre), nous pratiquons une nouvelle laryngoscopie et constatons la disparition complète de tout œdème laryngé. Du pus baigne l'incisure inter-aryténoïdienne et le sommet de l'aryténoïde droit, sans que la détersion soigneuse de cette région nous permette de voir le moindre orifice fistuleux. Nous avons l'impression que le pus vient de plus bas et que le malade le déglutit en partie.

Le cœur présente maintenant des signes de myocardite aiguë ; soutenu encore toute la nuit par des injections de toniques cardiaques et d'oubaïne intraveineuses, le capitaine B... s'éteint lentement le 30 novembre, à 6 heures, après une lente et lucide agonie.

OBSERVATION XVIII (inédite)

Due à l'obligeance de notre Maître, M. le professeur JACQUES.
Phlegmon laryngo-pharyngien spontanément ouvert vers le huitième jour de la maladie au pôle inférieur de l'amygdale ; évacuation par regorgement d'un clapier pharyngien inférieur ; retour à la normale après un mois. Hémorragie intercurrente au 12^e jour.

M^{me} F..., 48 ans, a été prise le 15 décembre 1934, à son réveil, d'une dysphagie très pénible avec irradiations à l'oreille droite et d'un état févreux qu'elle attribua à une angine banale. Après une détente éphémère, les phénomènes ont repris et sont allés en s'accroissant, au point que, le 21 décembre, la malade ne pouvait plus absorber ni aliments, ni boissons et que la respiration était devenue embarrassée. On lui fit alors deux piqûres de Bruschettini avec enveloppements chauds et humides, ce qui provoqua une légère rémission. C'est alors que M^{me} F... se présenta chez moi, huit jours après le début des accidents. Le teint gris, faciès fatigué, voix enrouée. La salivation est très abondante, et la malade éprouve un besoin continu de déglutition. Elle présente en même temps des contractions douloureuses du visage. La température est inférieure à la normale. L'haleine est fétide. La partie moyenne du cou est le siège d'un empatement en forme de fer à cheval embrassant en avant le larynx mobile avec lui et rappelant le « hausse-col goîtreux », mais plus haut placé. A la palpation on constate une infiltration profonde, indépendante des téguments qui demeurent mobiles sur les plans profonds.

La pression à la hauteur de l'aile du cartilage thyroïde provoque une douleur, d'ailleurs supportable. A l'examen endoscopique, l'épiglotte apparaît rouge vif et épaissie dans son ensemble ; la tuméfaction présente son maximum à son bord droit, dont la racine se fond dans une masse œdémateuse où se confondent les replis ary- et pharyngo-épiglottiques.

La paroi postérieure du larynx, fortement épaissie, surtout à droite, masque partiellement la cavité de l'organe qui est

rempli de mucosités louches. Dans la phonation, les cordes vocales apparaissent peu modifiées dans leur forme, mais rosées et détendues ; la droite est peu mobile. Une fausse membrane blanchâtre recouvre le repli pharyngo-épiglottique et se prolonge dans la vallecule. A sa limite externe, au-dessous du pôle tonsillaire inférieur, la pression sur la tuméfaction cervicale extérieure fait sourdre un flot de pus vert, très fétide, à travers un étroit orifice à bords irréguliers. Un stylet laryngien y pénètre de haut en bas sur une longueur de deux centimètres vers le sinus piriforme.

A la suite de cette évacuation, la température se relève à 36°2. La nuit est meilleure. Le lendemain, la dysphagie est nettement atténuée, et la voix semble plus claire. On pratique un écouvillonnage du trajet au stylet muni d'un tampon d'ouate imbibé d'eau oxygénée. Dans les jours qui suivent, l'œdème du larynx s'amende considérablement, mais l'empâtement cervical persiste, ainsi que l'écoulement qui s'effectue par regorgement. On évacue le pus par massage externe et écouvillonnage du trajet. Le lendemain, la malade rejette environ un demi-verre de sang, et puis l'hémorragie s'arrête d'elle-même et ne se reproduit plus.

Huit jours plus tard, la fistule latéro-pharyngienne paraît tarir, alors que son orifice reste toujours bien visible. L'infiltration du cou régresse lentement, mais les cordes vocales sont maintenant bien visibles, encore que persiste un certain œdème des replis aryéno-épiglottiques.

Le teint s'éclaircit, les nuits sont redevenues bonnes. La malade se présente 15 jours après ; la déglutition est satisfaisante ; il persiste cependant une légère sensibilité à droite. L'empâtement cervical est très réduit, mais il reste un peu d'œdème des parties molles sous-hyoïdiennes. La langue est toujours suburrale, la fistule pharyngienne continue à donner, et les replis pharyngo-épiglottiques sont encore œdématisés ; les cordes vocales ont repris toute leur mobilité. La malade continue sa convalescence sous la surveillance de son médecin habituel.

OBSERVATION XIX (inédite)

*Phlegmon laryngo-pharyngien droit vraisemblablement
hématogène, abcédé et spontanément ouvert dans le
sinus piriforme.*

(M. le Professeur JACQUES, de Nancy)

M^{me} G..., 50 ans, après une période de surmenage, a été prise, en pleine santé apparente, au début d'octobre 1934, subitement au cours de la nuit, d'une vive douleur à la gorge. Depuis lors, la douleur a persisté avec quelques atténuations temporaires attribuées au traitement (gargarismes à l'eau oxygénée, puis à la mucosodine). Quand elle vint me consulter, le 10 octobre, elle éprouvait une sensation de brûlure continue, avec besoin incessant de déglutition, qui ravivait les souffrances. La voix est affaiblie, mais demeure claire. Il n'y a ni fièvre, ni otalgie.

A l'examen, on ne constate pas de tuméfaction appréciable du cou par l'inspection. La palpation ne révèle pas d'empatement notable, mais éveille par la pression de la région sous-hyoidienne latérale droite, une assez vive sensibilité.

L'endoscopie montre les amygdales grosses et enchatonnées, sans rougeur ni œdème.

Au miroir, par contre, la région aryténoïdienne droite est le siège d'un œdème ambré, dépassant la ligne médiane et masquant en partie l'endolarynx. La bande ventriculaire droite est rouge et gonflée, l'hémilarynx correspondant, figé.

La déglutition est très pénible. La respiration, libre dans la journée, est entravée la nuit.

Après 24 heures d'observation, déglutition de glace et révulsion externe, une pharyngo-laryngoscopie directe est pratiquée : elle confirme les données du miroir sans mettre en évidence ni corps étranger, ni plaie. A la suite de cette exploration on note une légère amélioration de la dysphagie et une tendance à la baisse de la température, qui atteignait la veille 38°5. Aucun rejet de pus n'a été remarqué. Une seconde

exploration au tube spatule, exécutée deux jours plus tard, marque une sédation sensible des accidents locaux : l'œdème régressé, la voix est plus forte ; la corde droite, mieux visible, est légèrement mobile. On constate dans la gouttière pharyngée un suintement purulent sans qu'on puisse découvrir la fistule qui lui donne issue.

Dans les jours qui suivent, la malade continue à cracher de petites quantités de pus odorant et voit s'améliorer progressivement troubles locaux et généraux. L'endoscope confirme le fait en montrant, le 19 octobre, la bande ventriculaire droite redevenue normale, la mobilité cordale rétablie, bien que persiste au niveau de la cornicule droite un léger bourrelet. Revue un mois plus tard, la malade semblait entièrement rétablie. Il ne persistait plus qu'une fatigabilité relative de la voix et une teinte gris rosé du sinus piriforme droit. Guérison maintenue depuis.

BIBLIOGRAPHIE

- BAYLE. — Mémoire sur l'œdème de la glotte (Paris, 1819).
- BROWN-SÉQUARD. — Comptes rendus de l'Académie des Sciences, 1885 et 1887 (Art. Inhibition du Dict. encyclop. des sciences méd.).
- BONHOURS. — Examen de l'hypopharynx et de la bouche de l'œsophage (Ann. M., 1913, p. 46).
- CULOT. — Phlegmon aigu infectieux du pharynx (Soc. méd. des hôpitaux, 20 nov. 1890).
- DUDEFOY. — Abscès du larynx et du pharynx (Thèse de Paris 1892).
- FURET. — Laryngite phlegmoneuse intra et périlaryngée. (Traité pratique d'O. R. L. Darynx-Trachée, p. 283).
- GLASGOW (W.-C.). — Œdème septique pharyngo-laryngé. (XI^e Congrès de la Soc. Amer. de laryngologie. Washington, 31 mai 1889).
- HAJEK. — Anatomische Untersuchungen über das Larynxödem (Langenbeck's Arch. Band. XLII, Berlin, 1891).
- NOHLEIN. — Phlegmon infectieux aigu primitif du pharynx. (Saint-Petersbourg, med. Wochens. n^o 2, 1891).
- JOSSERAND. — Abscès retro-laryngé aigu à pneumocoques compliqué de pneumonie (Province méd., 1890, n^o 33).
- JOUKOWKY. — Les abscesses de l'hypopharynx (Ann. d'O. L., 1932, p. 694).
- LANDGRAF. — Phlegmon infectieux primitif du pharynx (Berliner Klin. Wochens., 1888, n^o 6).
- MANDELSTAM. — Contribution à l'étude des abscesses rétro-laryngés primitifs (Thèse doct., Paris 1891).

- MASSÉI. — Inflammation infectieuse aiguë du pharynx et du larynx (X^e Congrès intern. Berlin, août 1890).
- MERKLIN. — Phlegmon infectieux du pharynx et du larynx. (Bull. Soc. méd. des hôpitaux, 1890, n^o 31).
- QUIRET. — Laryngites et périlaryngites phlegmoneuses (Thèse de Paris, 1927).
- SAUVINEAU. — Phlegmon infectieux du pharynx, de l'œsophage et du larynx (Bull. Soc. Anat., fév. 1891).
- SEBILEAU et TRUFFERT. — Le carrefour aéro-digestif (Arnette, Paris, 1924).
- SAMTER. — Phlegmon aigu infectieux du pharynx (Berlin. Klin. Wochensh., 4 mai 1891, p. 441).
- SCHOEFFER (Max). — Pharyngite infectieuse phlegmoneuse aiguë (Monatschrift fur Ohrenheilkunde, 1892, p. 197).
- SCHMIDT. — Pharyngite phlegmoneuse infectieuse aiguë. (X^e Congrès intern. Berlin, 9 août 1890).
- SENATOR. — Phlegmon infectieux aigu du pharynx (Berlin. Klin. med. Gesellschaft, 4 janv. 1888 et Berlin. Klin. Wochenshaft, 1888, n^o 5).
- SESTIER. — Traité de l'angine laryngée œdémateuse (Paris, 1852).
- TAMPÉA. — Les abcès de l'hypopharynx (Ann. d'O. L., 1932, p. 42).
- VIÉLA. — Un cas de phlegmon de la gouttière pharyngo-laryngée (Soc. de Chirurgie de Toulouse, 26 avril 1933).
- VIÉLA et TRUFFERT. — Les suppurations péri-laryngo-pharyngées (Congrès d'O. R. L. 1934. Ann. d'O. L. 1935, n^o 8).
-

VU:

Nancy, le 29 Octobre 1935.

Le Président de Thèse,

P. JACQUES.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 4 Novembre 1935.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 5 Novembre 1935.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université,

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Introduction - Définition</i>	5
<i>Historique</i>	7
<i>Anatomie du laryngo-pharynx</i>	11
<i>Etiologie et Pathogénie</i>	22
<i>Anatomie pathologique</i>	27
<i>Symptomatologie</i>	30
<i>Formes cliniques</i>	42
<i>Complications</i>	46
<i>Diagnostic</i>	48
<i>Traitement</i>	52
<i>Conclusions</i>	57
<i>Observations</i>	59
